SPRAWOZDANIE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO PIERWSZEGO POLSKIEGO NAUKOWEGO ZJAZDU LEKARZY-DENTYSTÓW WE LWOWIE 22. — 26. LIPCA 1923.

Compte rendu du I. Congrès Scientifique des Stomatologues Polonais. (Lwów, 22. — 26. Juillet 1923). 9.4.

Otwarcie Zjazdu odbyło się w niedzielę, dnia 22. lipca 1923, o godzinie 9·30 rano w auli Uniwersytetu Jana Kazimierza. — Po odśpiewaniu uroczystej kantaty przez chór „Echa" zagaił zebranie przewodniczący Komitetu organizacyjnego prof. dr. A. Cieszyński, następującem przemówieniem:

„Jako przewodniczącemu Komitetu organizacyjnego I. Polskiego Zjazdu naukowego lekarzy-dentystów przypada mi w udziale zaszczyt uroczystego otwarcia Zjazdu w murach uniwersyteckich, na który przybyli Koledzy z całej Polski, mianowicie stomatolodzy z Małopolski, lekarze-dentyści typu niemieckiego z Wielkopolski, lekarze-dentyści i dentyści typu rosyjskiego z byłej Kongresówki.

Uczestnikami Zjazdu są zatem wyłącznie ci przedstawiciele zawodu dentystycznego, którzy posiadają dyplom uniwersytecki, bez względu na to, czy go zdobyli po przygotowawczych studjach w Zakładach uniwersyteckich, czy też w szkołach prywatnych — jak to było w Rosji. Pojęcia te wyświetlam zaraz na wstępie, ażeby usunąć nieporozumienia, jakie mogłyby powstać wskutek niejasnych pojęć istniejących dotychczas w społeczeństwie, nie umiejącem odróżnić lekarza-dentysty z fachowem wykształceniem od technika dentystycznego, nie posiadającego żadnego przygotowania z nauk lekarskich specjalnych.

I. Polski Zjazd naukowy lekarzy-dentystów odbywa się w murach uniwersyteckich. Za gościnę użyczoną nam przez Wysoki Senat Akademicki, niechaj mi będzie wolno na wstępie złożyć jaknajserdeczniejsze podziękowanie na ręce Jego Magnificencji X. Rektora.

Ogólny Komitet organizacyjny Zjazdu wita z całego serca tych, którzy przybyciem swem uświetnili otwarcie naszego Zjazdu.

Witam przedstawiciela Senatu Akademickiego Uniw. J. Kazimierza Jego Magnificencję X. Rektora, przedstawiciela Rządu pana inspektora Kuhna; przedstawiciela miasta p. prezydenta Chlamtacza; przedstawiciela Władzy Sanitarnej Wojska Polskiego; przedstawicieli Organizacji naukowych i lekarskich, tudzież wyższych Uczelni, witam Was wszystkich — Koleżanki i Koledzy — którzyście, nie szczędząc trudu i kosztów, na Zjazd przybyli.

Stomatologja polska, dzięki niekorzystnym warunkom rozwoju po rozbiorach Polski, macosze dziecko ogólnej medycyny, do niedawna bez

opieki państwowej, obecnie jeszcze nie uznana za dziecko legalne przez Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich, czerpiąca dotychczas swe siły z wrogich nam Niemiec i obojętnej dla nas Ameryki, kończy swe lata zależności w nowo odrodzonej Polsce, rwie się do czynu, czując swą siłę, świadoma swego znaczenia dla nauki lekarskiej, dla zdrowia narodu, dla rozwoju przyszłych pokoleń.

Do niedawna jeszcze dentystyka polska bez przytułku własnego w Państwie Polskiem otrzymała dopiero przed 3 laty pierwszą uczelnię państwową polską w Warszawie, z trudem i mozołem skleconą z pozostałości i ruchomości prywatnych szkół dentystycznych, które dotychczas istniały w Warszawie, nietyle jako ogniska nauki dentystyki w byłym zaborze rosyjskim, lecz jako przedsiębiorstwa prywatne zarobkowe.

Ta pozostałość po zaborze rosyjskim ciąży do dziś dnia jeszcze jako przekleństwo na stomatologji polskiej, krępując jej rozwój, przeszkadza uznaniu jej przez Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich. Wydziały lekarskie zapomniały, że nie z własnej winy całe pokolenia lekarzy-dentystów zaboru rosyjskiego w takich, a nie innych warunkach mogły się kształcić, że nie z ich winy były zamknięte przed nimi podwoje pracowń uniwersyteckich, gdzie były nagromadzone skarby nauk lekarskich, zbierane przez wieki całe.

Wielkopolska dostarczyła nowemu Państwu Polskiemu innego typu lekarzy-dentystów, wyrosłego na wzorach niemieckich i kształcącego się do r. 1908 pod opieką Wydziałów filozoficznych uniwersytetów niemieckich, później Wydziałów lekarskich. Typ więc lekarzy dentystów z Wielkopolski w chwili powstania Państwa Polskiego podobny jest do wzoru amerykańskiego.

W byłym zaborze austrjackim w Galicji, przedstawicielem dentystyki jest stomatolog t. j. lekarz-dentysta wszech nauk lekarskich, który po swoich studjach lekarskich ogólnych specjalizował się w dentystyce, rzadko w kraju, gdyż brak było u nas przy Uniwersytetach: lwowskim i krakowskim Zakładów naukowych, wyposażonych we wszystkie środki naukowe, potrzebne do wykształcenia się w specjalności, brak było katedr poszczególnych działów, nie było szczegółowego programu, obejmującego całokształt stomatologji. Przeważnie więc kształcili się stomatolodzy małopolscy we Wiedniu i w Berlinie, przyjeżdżając tam na kursy specjalne po ukończeniu studjów lekarskich.

Ta troistość wykształcenia nierównomiernego tworzyła dotychczas głęboką przepaść między lekarzami-dentystami istniejących zaborów a po powstaniu Państwa Polskiego nie może dotąd zatrzeć tychże różnic.

Pomimo powstania Państwa Polskiego, pomimo powołania do życia Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie, troistość ta istnieje dotychczas. Nie zaprowadzono bowiem jeszcze w Państwie naszem jednolitego studjum dentystycznego we wszystkich dzielnicach, pomimo usilnych usiłowań wszystkich organizacji zawodowych lekarzy-dentystów, pomimo licznych memorjałów przedkładanych Rządowi, pomimo próśb wnoszonych do Wydziałów lekarskich Uniwersytetów polskich, pomimo programów przedkładanych Wydziałom lekarskim.

Ta troistość typu lekarza-dentysty stała dotychczas zawsze na przeszkodzie wszelkim wspólnym pracom naukowym.

Na Zjazdach przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie i Krakowie zastanawiano się zawsze, czy dopuścić można lekarzy-dentystów typu rosyjskiego do uczestnictwa w Zjeździe, stomatolodzy warszawscy i stomatolodzy galicyjscy patrzyli zazwyczaj z pewnem uczuciem wyższości na kolegów swoich z byłego zaboru rosyjskiego, którzy, nie czując się w pełni praw swoich, odmawiali przeważnie przybycia, nie chcąc być tam intruzami, gdzie ich nie zaproszono serdecznie i gościnnie.

Koledzy lekarze-dentyści z byłego zaboru niemieckiego, widząc rozłam istniejący, woleli zachować się raczej biernie, aniżeli czynnie, nie mając pewności czy ich także nie spotka to samo lekceważenie ze strony organizatorów Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich, z jakiem odnoszono się do lekarzy-dentystów typu rosyjskiego.

Jeżeli więc w r. 1907 we Lwowie i 1911 w Krakowie istniały na Zjazdach osobne sekcje stomatologiczne, były one nieliczne, program naukowy skąpy, a pożytek i dorobek dla nauki polskiej nie tak wielki jak być mógł i powinien, gdyby wszyscy lekarze-dentyści w uznaniu wzajemnem zabrali się do pracy.

Pionier dentystyki polskiej ś. p. dr. Bolesław Dzierżawski stomatolog warszawski, ufundował w r. 1898 *Przegląd Dentystyczny*, który doczekał się 8 roczników, a po śmierci fundatora wychodzi dalej jako *Kronika Dentystyczna* pod redakcją lekarza-dentysty p. Krakowskiego.

Kwartalnik Stomatologiczny, założony w r. 1912 na Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie, wychodzący pod redakcją prof. dr. Łepkowskiego przy pomocy Komitetu liczniejszego, przestał wychodzić po roku swego istnienia, nie mogąc utrzymać się nie dla braku treści, ale wskutek braku poparcia, spowodowanego rozłamami partyjnemi w naszym zawodzie.

W r. 1921, t. j. w roku powstania Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie, powstało nowe pismo specjalne w Warszawie z Komitetem redakcyjnym we wszystkich centrach Polski z siedzibą w Warszawie, które miało podjąć tradycję ś. p. Dzierżawskiego. Ale i to pismo wskutek antagonizmów na terenie warszawskim nie zdołało się stać organem wspólnym wszystkich lekarzy dentystów.

By zatrzeć owe różnice, by stworzyć organ dla twórczej myśli polskiej w stomatologji, założono we Lwowie w roku obecnym pismo trzecie *Polską Dentystykę*, wypisawszy na sztandarze tego pisma to samo hasło, które przyświeca dziś Zjazdowi naszemu „Jednością silni!"

Hasło to niema być czczym wyrazem, jest ono programem naszej działalności na przyszłość, gdyż tylko pod tym sztandarem powstać może stomatologja polska, która wyrosła dotychczas przedewszystkiem na dorobku nauki niemieckiej i anglosaskiej. Hasło to, będące gwiazdą przewodnią naszych usiłowań, sprowadziło i Was, Kochani Koledzy, ze wszystkich zakątków polskich do Lwowa nie tylko, by skorzystać z dorobku nauki polskiej w naszej specjalności, wzbogacić ją nowemi ideami, ale sprowadziło Was w nadziei, że od chwili obecnej zniknie wzajemna nieufność, gdy przy wspólnych obradach się poznacie i wzajemnie nauczycie się szanować.

Idea ta połączenia wszystkich lekarzy-dentystów powstała już dawno przed wojną, bo w roku 1909, na międzynarodowym kongresie w Berlinie,

gdzie spotkała się mała garstka Kolegów Polaków trzech zaborów na obcej ziemi po raz pierwszy ze sobą. Hasło jedności rzucone już wówczas przezemnie było niejako skrystalizowaniem wspólnej myśli obecnych tamże lekarzy-dentystów polskich.

Przystąpiliśmy wówczas, zebrani w jednej ze sal parlamentu niemieckiego, do założenia Związku lekarzy-dentystów polskich, Związku trójdzielnicowego, który dzięki ówczesnemu wpływowi prof. Zwierzchowskiego w Petersburgu miał być legalizowany w Rosji. Nadzieje jednak nasze zawiodły wobec wrogiego stanowiska Rządu rosyjskiego. Temsamem nie mogła być zrealizowana myśl wspólnych Zjazdów naukowych lekarzy-dentystów Polaków z trzech zaborów.

Dziś dopiero po latach 14-stu, gdy padła potęga Niemiec i Rosji, kiedy powstało samodzielne Państwo Polskie, idea rzucona wówczas, doczekała się na Zjeździe obecnym swego urzeczywistnienia. Widzimy na Zjeździe tym zebranych przeszło 200 lekarzy-dentystów.

Oby Zjazd obecny był pierwszym z długiego szeregu dorocznych Zjazdów lekarzy-dentystów polskich, a zarazem fundamentem dla gmachu przyszłej stomatologji polskiej.

Sam fakt, że otwarcie I. Polskiego Zjazdu naukowego lekarzy-dentystów odbywa się w gmachu Uniwersytetu, niechaj będzie zapowiedzią, że w niedługim czasie studjum dentystyczne specjalne wejdzie w oficjalny program studjów uniwersyteckich wszystkich uniwersytetów polskich i stanie pod ich opieką czy to w formie osobnego Wydziału dentystycznego, czy też jako dodatek do studjów lekarskich z osobnym przez Rząd zatwierdzonym programem, stanowiąc część integralną nauk lekarskich.

Dając wyraz temu życzeniu otwieram I. Polski Zjazd naukowy lekarzy-dentystów w wolnej i niepodległej Polsce".

Następnie przemawiali: X. dr. Narajewski, rektor Uniwersytetu Jana Kazimierza, jako gospodarz miejsca obrad; insp. dr. Kuhn imieniem Województwa lwowskiego; prezydent dr. Chlamtacz imieniem miasta; rektor Politechniki Fabjański; lek.-dent. Świtała imieniem Związku lek.-dent. b. zaboru pruskiego; dr. Papée, naczelnik Izby lekarskiej lwowskiej; lek.-dent. Mokrzycki imieniem Towarzystwa lekarzy-dentystów i Związku lekarzy-dentystów chrześcijan (Warszawa); lek.-dent. German imieniem Związku Zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem; lekarz-dent. Haberfeld imieniem Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego; poczem prof. dr. Cieszyński, podziękował następującem przemówieniem:

„Za cały szereg życzeń złożonych naszemu Zjazdowi niechaj mi będzie wolno imieniem Komitetu organizacyjnego złożyć jaknajserdeczniejsze podziękowanie. Każde dzieło człowieka, powitane przychylnie na wstępie ma już w sobie zaczątek powodzenia. Za to, żeście nas Czcigodni Panowie obdarzyli tą przychylnością u wstępu naszych obrad dziękuję Wam. — Z myślą pogodną i pełną wiarą w owocność naszych obrad przystępujemy do prac w nadziei, że wyjdą one nietylko na pożytek nauki polskiej, ale i na dobro naszego narodu.

Rozpoczynając prace naszego Zjazdu zapraszam na prezesa I. Polskiego Zjazdu naukowego lekarzy-dentystów p. kol. prof. *Hilarego Wilgę* z Warszawy; na honorowych prezesów: nieobecnych między nami wskutek choroby p. kol. prof. *Łepkowskiego*[1]) z Krakowa i p. kol. generała bryg. prof. *Franciszka Zwierzchowskiego* z Warszawy tudzież nieobecnego p. kol. doc. dr. *Juljana Zilza*; na wiceprezesów Zjazdu p. kol. *Idziego Świtałę* z Bydgoszczy, kol. p. dr. *Alfreda Meissnera* z Warszawy, p. kol. *Ujejskiego* z Warszawy, p. kol. *Antoniego Mokrzyckiego* z Warszawy, p. kol. dr. *Raczyńskiego* ze Stanisławowa, na sekretarzy pp. kol.: *Sachsa* z Warszawy, *Modrzejewskiego* z Wągrówca, *Wolańskiego* i *Mikulskiego* z Wilna, prosząc ich do zajęcia swoich miejsc."

Przemówienie przewodniczącego prof. dra med. *H. Wilgi:*

„Szan. PP. zechcą przyjąć podziękowanie za tak zaszczytny dla mnie wybór na przewodniczącego Zjazdu. Przypadająca w roku bieżącym 10-cioletnia rocznica ponownego otwarcia Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego spowodowała, że miasto Lwów obrano za miejsce I-go Zjazdu Naukowego Lekarzy-dentystów.

Dziesięcioletni okres pracy jest poważnym etapem w życiu nietylko jednostki, lecz i instytucji naukowej. Rzućmy więc okiem wstecz i zróbmy przegląd pracy, uprzytomnijmy wypadki historyczne i przyjrzyjmy się bliżej warunkom, w jakich się ta instytucja rozwijała.

Zwracam się więc do p. prof. Cieszyńskiego, dyrektora Instytutu Dentystycznego im. Jana Kazimierza, z prośbą o podanie nam ważniejszych dat z kroniki tego Zakładu."

Nastąpił wykład prof. dra Cieszyńskiego: „W dziesięcioletnią rocznicę odnowy istnienia Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza"[1]), poczem wykład dra Meissnera: „Znaczenie stomatologji w naukach lekarskich"[2]).

Sekretarz dr. Szafran odczytał telegramy i listy gratulacyjne, które nadesłali: Minister Wyznań religijnych i Oświecenia publicz. prof. dr. Głąbiński; kierownik Ministerstwa Zdrowia Publicznego dr. Bujalski; rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Natanson, rektor Akademji medycyny weterynaryjnej we Lwowie prof. Z. Markowski; dziekan Wydziału lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego prof. Mazurkiewicz; w imieniu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie prof. Januszkiewicz; dziekan Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Maziarski; naczelnik krakowskiej Izby lekarskiej dr. Strzemieński; okręg Wielkopolski Związku lekarzy Państwa Polskiego w Poznaniu; prof. Jesensky i doc. Bažant z Pragi; doc. Radoszewicz z Zagrzebią; X. Infułat dr. Zajchowski; pułkownik Zembrzuski w imieniu wojskowego Instytutu sanitarnego w Warsza-

[1]) Patrz *Polska Dentystyka* I. 1923, str. 261 (Księga Pamiątkowa).

[2]) Ukaże się w *Polskiej Dentystyce.*

wie; szef sanitarny DOK VI. generał Zieliński; Prezydjum lwowskiego Towarzystwa lekarskiego; Prezydjum Towarzystwa stomatologów polskich w Krakowie; Związek lekarzy Polaków w Wilnie; wileński Związek Odontologiczny; Bratnia Pomoc Studentów Państwowego Instytutu Dentystycznego; prof. Beck imieniem Lwowskiego Koła Polskiego Towarzystwa Biologicznego; prof. Łepkowski (Kraków); doc. Zilz (Wiedeń) i wielu innych, poczem przewodniczący prof. Wilga zamknął zebranie następującemi słowy:

„Trudne były warunki pracy Instytutu Dentystycznego i ciężkie przechodził on koleje. Mimo trudności napotykanych, stał się jednak Lwów jednym z najpoważniejszych ośrodków stomatologji polskiej. Tej pracy Instytutu zawdzięczamy, że możemy wraz z uroczystością dzisiejszą obchodzić uroczystość drugą — otwarcie I-szej Polskiej Dentystycznej Wystawy Naukowej. — Wszystkich tu obecnych Czcigodnych Gości i Uczestników Zjazdu uprzejmie zapraszam do wzięcia udziału w jej otwarciu i do przejścia za minut piętnaście, do gimnazjum imienia Mikołaja Kopernika przy ulicy Kubali."

Wystawę otworzył prof. dr. Cieszyński następującem przemówieniem:

„Podejmując zadanie urządzenia I-go Polskiego Zjazdu Naukowego lekarzy-dentystów we Lwowie, rzuciłem myśl urządzenia Wystawy dentystycznej. — Jest to pierwsza Wystawa tego rodzaju w Polsce. Wystawy dentystyczne odbywały się dotychczas przy międzynarodowych kongresach w Berlinie w r. 1909 i w lipcu 1914 w Londynie.

Wystawa nasza powstała prawie wyłącznie ze zbiorów Instytutu Dentystycznego lwowskiego i zbiorów moich prywatnych, nie może naturalnie dorównać tym olbrzymim przedsięwzięciom światowym, na które się składały prace całego ogółu lekarzy-dentystów na całej kuli ziemskiej. Ma ona jedynie za zadanie dać pogląd na najpotrzebniejsze okazy, konieczne do nauczania stomatologji w Zakładzie uniwersyteckim i na najnowsze urządzenia dentystyczne potrzebne lekarzowi-dentyście w praktyce codziennej.

Jest ona tembardziej potrzebna, że organizuje się obecnie w Warszawie Państwowy Instytut Dentystyczny, pierwsza uczelnia dentystyczna w Polsce, że w najbliższej przyszłości powstać mają Zakłady dentystyczne uniwersyteckie w Poznaniu i w Wilnie.

Wszystkim tym, którzy się przyczynili do zorganizowania i urządzenia Wystawy bądź to pracą swoją, bądź też dostarczeniem okazów, składam najserdeczniejsze podziękowanie. Przedewszystkiem winienem podziękowanie p. prof. Wildze, który przysłał swoje okazy dotyczące obrażeń szczękowych, następnie dyrektorowi Zakładu histologji i embrjologji p. prof. Szymonowiczowi; dyr. Zakładu anatomji patolog. p. prof. Nowickiemu; tudzież prof. Łukasiewiczowi, który użyczył nam okazów ze zbiorów kliniki dermatologicznej lwowskiej; wreszcie p. docentowi Gąsiorowskiemu, który urządził dział bakterjologiczny; prof. Barączowi za tablice zawierające przypadki promienicy.

Skromna ta Wystawa jest zarazem dokumentem pracy Instytutu Dentystycznego w ostatniem dziesięcioleciu. Pragnąłbym, ażeby już istniejące

Zakłady analogiczne i nowo powstające w przyszłości przewyższyć ją chciały, zachęcone pierwszą naszą próbą.

W nadzieji tej otwieram I. Polską Wystawę dentystyczną i zapraszam Czcigodnych Gości i Uczestników Zjazdu do jej zwiedzenia.“

Wystawa zawierała prócz działu ściśle naukowego obejmującego: anatomję, patologję jamy ustnej i szczęk, choroby jamy ustnej, sposoby operacyjne, statystykę, leczenie wojennych ran postrzałowych szczęk, roentgenologję, sztuczne uzębienia według dzisiejszego stanu techniki dentystycznej również bardzo interesujący dział przemysłowy, w którym najpoważniejsze firmy krajowe wystawiły urządzenia, przybory i materjały dentystyczne.

Całość wystawy uczyniła na licznych odwiedzających rekrutujących się nietylko z kół zainteresowanych fachowców, lecz także z szerokiej publiczności jak najkorzystniejsze wrażenie, dając pojęcie zarówno pod względem naukowym o dzisiejszym stanie dentystyki, jak też o stanie przemysłu dentystycznego.

Łącznie z wystawą odbyło się gremialne zwiedzenie krajowej afinerji złota Achta (Boimów 48), gdzie właściciel demonstrował sposoby wydobywania złota z odpadków pracownianych.

W niedzielę 22. lipca 1923, odbyło się o godzinie 4-tej po południu w sali wykładowej Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza zebranie delegatów dentystycznych organizacji naukowych i zawodowych. Zastąpione byįy przytem następujące organizacje:

1. Towarzystwo lekarzy-dentystów (Warszawa) i
2. Związek Zawodowy lekarzy-dentystów chrześcijan kol. Mokrzycki, Walicki.
3. Kasa Chorych stoł. m. Warszawy, kol. Gajewski.
4. Kasa Wzajemnej Pomocy Odontologów Polskich, kol. Bauer, Pinkert, Sztabholc.
5. Związek lekarzy-dentystów Polaków (Wilno), kol. Mikulski, Wolański.
6. Związek lekarzy-dentystów b. zaboru Pruskiego, kol. Switała, Modrzejewski.
7. Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne, kol. German, Dessau, Neufeld.
8. Związek Zawodowy lekarzy-dentystów w P. P., kol. Ujejski, Sachs, Sokalski, Broniatowski.
9. Łódzkie Towarzystwo Odontologiczne: kol. Haberfeld, Babad, Rakiski, Litwin.
10. Związek lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej lwowskiej, kol. Allerhand, Atlas.

Zebranie zagaił imieniem miejscowej organizacji dr. Allerhand następującem przemówieniem:

„Szanowni Panowie Koledzy! Jako przewodniczący miejscowego zrzeszenia dentystycznego witam Was we Lwowie. Przyjechaliście tutaj ze wszystkich dzielnic polskich do naszego podkarpackiego Piemontu na

Pierwszy Polski Dentystyczny Zjazd Naukowy. Te cztery przymiotniki określają w zupełności genezę, cele i charakter Zjazdu. Zebranie obecne pozostaje właściwie ze Zjazdem tylko w luźnym związku. Zostało ono zainicjowane z powodu Zjazdu, by dać przedstawicielom zastąpionych tu organizacji możność wypowiedzenia się w aktualnych sprawach zawodowych, sprawach pilnych, wymagających dokładnej wymiany myśli i wszechstronnego oświetlenia. W żadnym innym zawodzie wolnym nie panują, zdaniem mojem, stosunki tak chaotyczne, tak nieuregulowane, tak różnorodne i ujednostajnienia natarczywie się domagające, jak w zawodzie dentystycznym. Żaden też zawód nie ma do zwalczenia w swym rozwoju i praktycznem wykonawstwie tylu przeszkód i utrudnień; wspomnę tylko o partactwie leczniczem, które w zakresie dentystyki święci orgje nieznane gdzieindziej. Zadaniem naszem będzie: sprawy aktualne rozpatrzeć, omówić, odpowiednie wnioski i rezolucje sformułować i gdzie należy skierowawszy baczną zwrócić uwagę, by czynniki decydujące postarały się o to, by w miejsce obecnego „bałaganu" dentystycznego zaistniały jak najrychlej stosunki normalne, godne państwa kulturalnego.

Organizacja, którą mam zaszczyt reprezentować, nie przygotowała na dzisiejsze zebranie żadnych konkretnych wniosków; nie stało się to z opieszałości. Przeciwnie; chcieliśmy Panom Kolegom dać możność wypowiedzenia się, zachowując dla siebie rolę gospodarzy, nie chcących narzucać z góry swego zdania gościom.

Nie jest to przypadek, że obrady Wasze odbywać się będą w murach Zakładu Uniwersyteckiego; chciejcie w tem widzieć symbol, że Uniwersytet, w którego auli Zjazd swe pierwsze uroczyste zebranie dziś odbył, nie macochą, lecz prawdziwą *alma mater* chce być dla dentystyki, która znowu ze swej strony tylko w najściślejszem związku z Uniwersytetem widzi możność swego dalszego rozwoju".

Przewodniczącym zebrania wybrano kol. Świtałę (Bydgoszcz), poczem w obradach, uznanych za poufne, omówiono szereg ważnych aktualnych spraw zawodowych.

O godzinie 4½ odbyła się konferencja Docentów, na której omawiana została sprawa studjum dentystycznego w formie obecnej oraz konieczność zaprowadzenia jednolitego studjum w Polsce. Propozycje prof. Cieszyńskiego, które później znalazły wyraz w rezolucjach, sformułowanych przez osobną Komisję Zjazdu, zostały przez konferencje Docentów jednomyślnie przyjęte.

Raut, którego organizacją zajął się Komitet Pań z p. profesorową Cieszyńską na czele (pp. Schmarowa, Stobiecka, Allerhandowa, Lindowa, Szafranowa) odbył się w niedzielę wieczorem w salach reprezentacyjnych Uniwersytetu Jana Kazimierza pod protektoratem Wysokiego Senatu Akademickiego przy nader licznym udziale zarówno Uczestników jak i zaproszonych gości i wypadł tak świetnie, że stanowić będzie niezapomniane wspomnienie dla wszystkich biorących w nim udział.

Obrady Zjazdu trwały dni cztery i zaledwie zdołały wyczerpać cały materjał przygotowany na Zjazd. Ze zgłoszonych na Zjazd 50 wykładów i 34 pokazów wygłoszono 30 wykładów i przedstawiono 25 pokazów.

Wykaz wygłoszonych odczytów w dniach 23. do 26. lipca 1923 r.

1. *Dr. Allerhand.* O zakażeniu ustnem i środkach zaradczych [1]).
2. *Lek.-dent. Gombiński.* Nowe teorje etjologji ropocieku zębodołowego [2]).
3. *Prof. Wilga.* Ropociek zębodołowy i jego leczenie*).
4. *Dr. Meissner.* Zasady wyjmowania zębów przy uchwyceniu kleszczy z góry. Zasady wyjmowania korzeni dźwigniami [3]).
5. *Dr. Szalit.* Przyczyna i częstość zatrzymania zębów w szczęce.
6. *Lek.-dent. Goldberg-Górski.* O guzach zapalnych szczęk*).
7. *Lek.-dent. Litwin.* Cel i zadanie higjeny zębów i jamy ustnej w walce z chorobami zębów wogóle i chorobami zakaźnemi w szczególności*).
8. *Dr. Meissner.* O przygotowaniu chorego przy zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej.

8a. *Dr. Meissner.* O operacyjnem leczeniu niedorozwoju żuchwy*).

9. *Prof. Bar̨ącz.* O promienicy i jej leczeniu na podstawie własnych doświadczeń*).
10. *Prof. Cieszyński.* Wyjmowanie ciał obcych z jamy szczękowej*).
11. *Lek.-dent. Goldberg-Górski.* Leczenie złamania żuchwy z ubytkiem przez wywołanie samoistnego tworzenia się mostków kostnych*).
12. *Prof. Barącz.* Leczenie złamania trzonu żuchwy.
13. *Prof. Cieszyński.* Technika zdjęć roentgenowskich intraoralnych przy normalnej i anormalnej budowie szczęk [4]).
14. *Prof. Wilga.* W sprawie klasyfikacji chorób miazgi [5]).
15. *Dr. Szalit.* Zagadnienie amputacji miazgi w świetle nowoczesnej krytyki i faktów.
16. *Lek.-dent. Cenżar.* Czy ubytek szkliwa jest bezwzględnym czynnikiem próchnicy zębów*)?
17. *Prof. Cieszyński.* Znaczenie płaszczyzny oczodołowej zewnętrznej dla statyki kośćca twarzowego*).
18. *Dr. Allerhand.* O konieczności jednolitego nauczania dentystyki w Państwie Polskiem [6]).
19. *Dr. Szafran.* Płaszczyzny orjentacyjne w ortognatostatyce*).
20. *Prof. Wilga.* O leczeniu ran postrzałowych szczęki górnej i dolnej*).
21. *Prof. Cieszyński.* O injekcjach alkoholowych przy nerwobolach nerwu trójdzielnego*).

---

[1]) Patrz *Polska Dentystyka* I. 1923, str. 345 („Księga Pamiątkowa").
[2]) Patrz niniejszy zeszyt.
[3]) Patrz Kronika dentystyczna XVIII. 1923, str. 129.
[4]) Patrz *Polska Dentystyka* I. 1923, str. 314.
[5]) „ *Przegląd Dentystyczny* III. 1923, Nr. 4.
[6]) Ukazało się drukiem w formie oddzielnej broszury.
*) Ukaże się w *Polskiej Dentystyce.*

22. *Lek.-dent. Szokalski.* O półkoronach Ranka*).
23. *Lek.-dent. Barylski.* Bolączki dentystyki*).
24. *Dr. Cybulski.* O zastosowaniu diatermji w dentystyce[1]).
25. *Lek.-dent. Ignatowiczowa.* Organizacja pomocy dentystycznej w szkołach państwowych Rzpltej Polskiej w latach obecnych i poprzednich*).
26. *Stud. med. Nacher.* O higjenie jamy ustnej wśród personalu klinicznego*).
27. *Lek.-dent. Goldberg-Górski.* O znaczeniu nozdrzy tylnych i języczka przy sztucznem zamykaniu rozszczepów podniebiennych*).
28. *Lek.-dent. Abramowicz.* Szlifierka podręczna*).
29. *Lek.-dent. Siekierzyński.* Naprawa mostków stałych*).
30. *Prof. Cieszyński.* Postępowanie chirurgiczne przy tak zwanem zakażeniu ustnem[1]).

Drugi dzień Zjazdu. 1 dzień obrad, poniedziałek 23. lipca 1923 r.:

Przewodniczący: *Prof. Wilga, prof. Cieszyński.* Sekretarze: *Lek.-dent. Mokrzycki, lek.-dent. Jarząb, dr. Modrzejewski, lek.-dent. Sachs.*

Trzeci dzień Zjazdu. 2-gi dzień obrad, wtorek 24. lipca 1923 r.:

Przewodniczący: *Dr. Meissner, lek.-dent. Goldberg-Górski.* Sekretarze: *Lek.-dent. Ignatowiczowa, lek.-dent. Szokalski.*

Czwarty dzień Zjazdu. 3-ci dzień obrad, środa 25. lipca 1923 r.:

Przewodniczący: *Lek.-dent. Ogórkowski, lek.-dent. Mokrzycki, lek.-dent. German, lek.-dent. Neufeld.* Sekretarze: *Lek.-dent. Rzędowska, lek.-dent. Barylski.*

Piąty dzień Zjazdu. 4-ty dzień obrad, czwartek 26. lipca 1923 r.:

Przewodniczący: *Lek.-dent. Mikulski, lek.-dent. Wolański.* Sekretarze: *Dr. Cybulski, lek.-dent. Walicki.*

Komitet Organizacyjny I-go Polskiego Zjazdu lekarzy-dentystów, oraz przedstawiciele katedr i przedstawiciele Organizacji zawodowych starać się będą o przedstawianie wniosków czynnikom miarodajnym, o uzyskanie poparcia Rządu, Izb lekarskich i Wydziałów lekarskich Uniwersytetów polskich i o dopilnowanie ich przeprowadzenia.

Obrady Zjazdu jak i zbiór prac Instytutu dentystycznego Uniwersytetu lwowskiego w Księdze Pamiątkowej obejmującej 12 arkuszy druku, wydanej z powodu dziesięcioletniej odnowy istnienia tegoż Zakładu, jest dowodem najlepszym, że w tym a nie innym kierunku nastąpić winien rozwój dentystyki polskiej, że szeregi lekarzy-dentystów uzupełnione muszą być w przyszłości przez stomatologów dla dobra nauki i dobra społeczeństwa.

---

*) Ukaże się w *Polskiej Dentystyce.*
[1]) Patrz niniejszy numer *Polskiej Dentystyki.*

Obrady Zjazdu będą ogłoszone wraz z przemówieniami podczas dyskusji w *Polskiej Dentystyce*, której rozmiar w tymże celu będzie powiększony.

I-szy Polski Zjazd Naukowy lekarzy-dentystów posiada nadzwyczaj ważne znaczenie dla dentystyki polskiej. *Zostało jednomyślnie stwierdzone, że wobec postępu nauki dentystyka nie może się ograniczyć do zakresu dotychczasowego, że bezwzględnie potrzebnem jest rozszerzenie przedmiotów wchodzących w zakres nauczania jej podczas studjów dentystycznych, że musi się oprzeć na szerokich podstawach z nauk przyrodniczych i lekarskich. Do celów wytkniętych na przyszłość nie możemy już dojść półśrodkami, tylko przystąpić do jaknajrychlejszej realizacji szerszego programu studjów, do budowy klinik stomatologicznych przy wszystkich Uniwersytetach polskich.* Wszelkie zarządzenia prowizoryczne należy zastąpić jaknajrychlej zarządzeniami definitywnemi, należy stworzyć ogniska nauki w postaci klinik stomatologicznych w Uniwersytetach polskich.

Trudności, na które napotykano dotychczas przy realizacji mogły wyniknąć jedynie z braku znajomości stanu istotnego nauki stomatologicznej, której doniosłość dla stanu ogólnego zdrowia niedoceniano dotychczas.

Wobec tego powziął I-szy Polski Zjazd naukowy lekarzy-dentystów jednomyślnie następujące wnioski:

„Zebrani na I-szem Polskim Zjeździe Naukowym we Lwowie przedstawiciele nauki dentystycznej (stomatologji) i lekarze-dentyści ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej Polskiej uchwalają w sprawie nauczania dentystyki (stomatologji):

I. 1) Dentystyka (stomatologja) winna wejść w ramy systemu nauczania medycyny ogólnej z tem, że przyszły lekarz-dentysta (stomatolog) ukończy studja medyczne na tych samych warunkach co lekarze wogóle.

2) Chcący specjalizować się w dentystyce (stomatologji) muszą:

a) ukończyć jednolitą na obszarze Rzpltej liczbę przedklinicznych i klinicznych semestrów z zakresu chirurgji stomatologicznej, ortopedji szczękowej i protetyki oraz dentystyki zachowawczej;

b) zdać osobny egzamin specjalizacyjny, czem uzyskają dyplom „specjalisty chorób zębów i jamy ustnej" z prawem wykonywania praktyki w swej specjalności.

Zjazd postanawia:

II. Domagać się zlikwidowania istniejącego prowizorjum niejednolitego nauczania dentystyki (stomatologji) w Polsce.

III. 1) Bezzwłocznego utworzenia katedr stomatologicznych, odpowiednio udotowanych, przy wydziałach medycznych tych polskich Uniwersytetów, w których ich dotychczas brak;

2) bezzwłocznego utworzenia klinik stomatologicznych, postawionych na poziomie współczesnych wymogów nauki dentystycznej (stomatologicznej).

IV. Polecić Prezydjum Zjazdu przedstawienie powyższych postulatów Ministerstwom losem zdrowia ludności zainteresowanym, przedewszystkiem Ministerjum Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, oraz Izbom Ustawodawczym w memorjale zawierającym równocześnie prośbę o powołanie do współpracy nad ustaleniem systemu nauczania dentystyki (stomatologji) oraz określeniem czasu trwania obecnego przejściowego programu przedstawicieli nauki i Związków fachowych, reprezentowanych na Zjeździe.

V. Domagać się bezzwłocznego zamknięcia istniejących na obszarze Rzplt. prywatnych szkół dentystycznych.

Pozatem powzięto następujące rezolucje:

II. Rezolucja [K. Litwina (Łódź)].

Walka z chorobami zębów, z punktu widzenia naukowego, oznacza jednocześnie walkę z wielu chorobami zakaźnemi. Spróchniałe zęby, w których naczynia krwionośne i nerwy są obnażone, są też bramą przez którą do organizmu dostać się mogą różne drobnoustroje chorobotwórcze nie wykluczając i laseczników Kocha.

Jest rzeczą nieodzowną i pierwszorzędnej wagi powołanie do życia Organizację p. n. „*Centralny Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów dla zwalczania chorób zębów u dzieci w wieku szkolnym*“. Organizacja taka, któraby skupiła pod swym sztandarem wszystkie nasze siły fachowe i naukowe w najkrótszym już czasie nabrałaby wszelkich cech potęgi i powagi. Z taką Organizacją liczyłyby się Urzędy komunalne miast, Władze szkolne, oraz miarodajne czynniki rządowe.

III. Rezolucja [Ignatowiczowej].

I-szy Zjazd lekarzy-dentystów w Polsce powołuje do życia Instytucję, której zadaniem będzie tworzenie poradni dentystycznych po miastach dla dziatwy najbiedniejszej.

IV. Rezolucja [Mokrzyckiego].

Zważywszy, że tylko lekarz-dentysta znający wszelkie potrzeby, braki i niedomagania dentystyki zarówno naukowe jak i zawodowe może skutecznie bronić naszych interesów,

I-szy Zjazd Naukowy lekarzy-dentystów we Lwowie, wnosi, by na referentów do spraw dentystycznych przy Ministerstwie Zdrowia, Oświecenia Publicznego, Spraw wojskowych i innych urzędach, powoływani byli lekarze-dentyści.

Wymienione Wysokie Urzędy prosimy o porozumiewanie się z Organizacjami zawodowemi co do kandydatów na te stanowiska.

Uroczyste zamknięcie Zjazdu odbyło się we czwartek dnia 26. lipca 1923 r., o godzinie 6-tej w Auli Uniwersytetu Jana Kazimierza. Wygłosił na niem imieniem składników biorących udział w wystawie dentystycznej inż. Szejnman, następujące przemówienie.

„W imieniu przyjmujących udział krajowych wytwórni: *Beer* we Lwowie, *Krüger* w Łodzi, *Karbinol* w Warszawie, *Christ* we Lwowie, *Szwarc*

w Łodzi, — oraz polskich firm handlowych: *Artelt* we Lwowie, *Dentos* w Warszawie, *Galla* w Katowicach, *Lejblowicz* w Krakowie, *Światłowski* w Warszawie i in.; — mam zaszczyt wyrazić Szanow. Komitetowi Zjazdu z p. prof. Cieszyńskim na czele, oraz Szanownemu gospodarzowi wystawy p. dr. Atlasowi nasze gorące podziękowanie za okazanie zrozumienia dla zadań naszego przemysłu i handlu dentystycznego i za poparcie naszej pracy przez zorganizowanie pierwszej w Polsce wystawy dentystycznej.

Na pierwsze wezwanie stanęliśmy do apelu i pragniemy w tem miejscu zaznaczyć ze swej strony, że ufni w poparcie przedstawicieli polskiej dentystyki, będziemy zawsze dążyli do podniesienia i rozwoju krajowego przemysłu dentystycznego, który — jak to wykazała wystawa dentystyczna — wychodzi już ze stanu zarodkowego i obejmuje rozmaite dziedziny: maszyny, elektrotechnikę, preparaty metalowe i chemiczne.

Polski handel dentystyczny mający do zwalczenia obecnie bardzo ciężkie i zmienne warunki gospodarcze i walutowe, będzie się starał zawsze stać na wysokości zadań nań włożonych i przez Organizację swą zapewnić WPanom najdoskonalszą i możliwie uregulowaną podstawę dla Ich zawodowej pracy.

Prosimy raz jeszcze o przyjęcie tego wyrazu naszej głębokiej wdzięczności i życzenia owocnej pracy dla polskiej dentystyki".

Następnie uchwalono wymienione powyżej rezolucje, poczem postanowiono, że następny Zjazd lekarzy-dentystów ma się odbyć za dwa lata w Warszawie. W tymże celu wybrano *Komisję stałą* z prawem kooptacji, w której skład weszli: prof. dr. Hilary Wilga, dr. Alfred Meissner i prof. dr. Antoni Cieszyński, oraz przedstawiciele Organizacji zawodowych warszawskich: Antoni Mokrzycki i Aleksander Ujejski.

Końcowe przemówienie przewodniczącego Zjazdu prof. dra med. H. Wilgi:

Proponuję, aby Zjazd wyraził serdeczne podziękowanie Komitetowi Wykonawczemu za wyjątkowo znakomitą organizację Zjazdu i Wystawy Naukowej, a w szczególności jego przewodniczącemu profesorowi doktorowi Antoniemu Cieszyńskiemu, któremu za jego prace naukowe, zdolności organizacyjne i energję niezmordowaną nasza wdzięczność słusznie się należy. — (Przyjęto jednogłośnie).

Proponuję, aby Zjazd wyraził podziękowanie za protektorat i gościnność Wysokiemu Senatowi Uniwersytetu Lwowskiego. — (Przyjęto jednogłośnie).

Proponuję, aby Zjazd wyraził podziękowanie za jego gościnność Prezydjum miasta Lwowa. — (Przyjęto jednogłośnie).

Proponuję, aby Zjazd wyraził też podziękowanie wszystkim Instytucjom i osobom prywatnym, które w jakibądź sposób udział w Zjeździe naszym przyjmowały. — (Przyjęto jednogłośnie).

Z chlubą możemy stwierdzić, że I-szy Polski Zjazd lekarzy-dentystów się udał, czego dowodem jest tak znaczna ilość jego Uczestników, trzydzieści wykładów, około trzydziestu pokazów i bardzo wartościowa wystawa naukowa.

Widzimy więc, że dentystyka polska stoi już na wysokim poziomie i może się nadal rozwijać samodzielnie. Wkłada to na nas wszystkich poważne obowiązki wspólnej pracy dla jej rozwoju. — Tylko przy takiej zgodnej pracy osiągniemy pożądane wyniki i możemy liczyć na to, że przyszły Zjazd dentystyczny będzie niemniej interesujący i pouczający niż obecny.

Życząc Szan. PP. tej owocnej pracy, zamykam I-szy Polski Zjazd lekarzy-dentystów.

Następnego dnia, w piątek 27. lipca 1923 r., odbyła się ocena *Działu przemysłowego* Wystawy przez osobną Komisję, której skład tworzyli: prof. Cieszyński, prof. Wilga, dr. Meissner i dr. Szalit.

Łącznie ze Zjazdem odbyła się dnia 27-go lipca przy licznym udziale wycieczka do Drohobycza, celem zwiedzenia państwowej fabryki olejów mineralnych „Polmint", połączona z wycieczką do Truskawca, mającą za cel poznanie tego podgórskiego uzdrowiska. Pod fachowem kierownictwem inż. Glazera mieli Uczestnicy wycieczki możność poznania sposobów rafinerji produktów węglowodorowych, tak często w praktyce codziennej każdego dentysty używanych, jak parafina, wazelina, benzyna i i. Zwiedziwszy uroczy Truskawiec, pożegnali się Uczestnicy słowami: „Do widzenia w Warszawie"!

ZA KOMITET ORGANIZACYJNY ZJAZDU:

Dr. Henryk Allerhand,
sekretarz prasowy.

Prof. dr. Antoni Cieszyński,
przewodniczący.

Wystawa przemysłowa dentystyczna przy I-szym naukowym Zjeździe lekarzy-dentystów we Lwowie. Z okazji I-go Zjazdu urządzono obok wystawy naukowej także wystawę przemysłową dentystyczną, obejmującą dwie sale, w której wzięły udział firmy krajowe i zagraniczne.

Z wyżej wymienionych firm otrzymały listy pochwalne z uznaniem i wyróżnieniem następujące firmy:

1. *M. Acht,* Lwów, Afinerja metali szlachetnych.
2. *M. Artelt,* zastępca firmy *C. Ash et Sons,* Londyn. — Składnica dentyst. Lwów.
3. *Będkowski,* Lwów. Wytwórnia własna urządzeń lekarskich.
4. *E. M. Beer,* Lwów. Laboratorjum chemiczne złota, srebra i platyny.
5. *Rudolf Christ,* Lwów. Pracownia mechaniczna.
6. Skład dentystyczny *„Dentos"* — Warszawa — D-ty *H. Szejnmana.* Zastępca firmy krajowej *Krüger,* Łódź.
7. Składnica dentystyczna *L. Leiblowicza,* Kraków.
8. *Hermann Meusser,* Berlin. Wydawnictwo podręczników dent.
9. *Pechaty,* Lwów. Pracownia metalurgiczna.
10. *W. Światłowski.* Skład przyborów dentystycznych Warszawa.
11. *Max Trintscher,* Wiedeń II. Jeneralny zastępca Sp. akc. *Elektrodentalwerk.* Frankfurt n. M.
12. *Zelena,* mechanik Zakładu fizykalnego Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie za modele przyrządów gnatostatycznych.

Listy pochwalne zaś z uznaniem następujące firmy:

1. Lek.-dent. *M. Abramowicz,* Warszawa. Wyrób własnej szlifierki „Liliput".
2. Inż. *W. Berent,* Warszawa. Wytwórnia amalganów.
3. *I. Schwarz „Dens".* Fabryka urządzeń dentystycznych, Łódź.
4. *R. Galla.* Składnica przyborów dentystycznych, Katowice.

WYKAZ UCZESTNIKÓW.

1. Dr. Atlas K., Lwów, Kochanowskiego 11.
2. „ Adlerstein A., Busk.
3. Lek.-dent. Abramowicz M., Warszawa, Franciszkańska 6 a.
4. Dr. Allerhand H., Lwów, Krasickich 8.
5. P. Allerhandowa E., Lwów, „
6. Lek.-dent. Anszer H., Radom.
7. „ Bauer N., Warszawa, Długa 25.
8. „ Branstein N., Szczebrzeszyn.
9. Dr. Baranowski T., Drohobycz.
10. „ Bereźnicki J., Lwów, Podwale 7.
11. Lek.-dent. Broniatowski A., Częstochowa, I. aleja 8.
12. Lek.-dent. Babad T., Łódź, Nawrot 1 a.
13. „ Brenda C., Warszawa, Miodowa 7.
14. Lek.-dent. Barylski S., Warszawa, Wilcza 33/2.
15. Prof. dr. Bohosiewicz T., Lwów, Kurkowa 27.
16. Lek.-dent. Bramberżanka I., Lublin, Ewangelicka 8.
17. Lek.-dent. Brzeziński M., Warszawa, Marszałkowska 123.
18. Dr. Berger H., Lwów, Legionów 7.
19. „ Brill M., Lwów, Kopernika 29 a.
20. Lek.-dent. Bernstein W., Warszawa, Żelazna 43.
21. Lek.-dent. Barbulant I., Warszawa, Grottgera 3.
22. Stud. med. Bochnerówna H., Lwów.
23. Prof. dr. Cieszyński A., Lwów, Batorego 38.
24. P. Cieszyńska R., „ „
25. Lek.-dent. Chlebowska J., Bydgoszcz, Chodkiewicza 34.
26. Dr. Czernecki W., Lwów, Bielowskiego 1.
27. Lek.-dent. Chejstwer L., Warszawa, Sienna 18.
28. Lek.-dent. Cygański A., Warszawa.
29. Dr. Cybulski W., Warszawa, P. I. D.
30. Lek.-dent. Czerwińska S., Częstochowa, Rzeźnia miejska.
31. Lek.-dent. Czellin St., Warszawa, Żelazna Brama 6.
32. Lek.-dent. Cewiar S., Łódź.
33. „ Dziemborowska K., Warszawa, Szopena 14.
34. Dr. Dattner H., Lwów, plac Marjacki 5.
35. Lek.-dent. Dzieganowska M., Bydgoszcz, Sienkiewicza 6.
36. Dr. Dręgiewicz L., Sanok.
37. P. Dręgiewiczowa J., Sanok.
38. Lek.-dent. Dreicensztokowa, Łódź, Piotrkowska 89.
39. Dr. Dymnicka, Jasło.
40. Lek.-dent. Dessau St., Warszawa, Marszałkowska 146.
41. Lek.-dent. Dobryszycki L., Warszawa, Marszałkowska 129.
42. Lek.-dent. Dobrowolski A., Bydgoszcz, plac Teatralny.
43. Lek.-dent. Drzewicka H., Warszawa, Kredytowa 16.
44. Stud. med. Danek A., Lwów, Romanowicza 22.
45. Lek.-dent. Fulmanówna T., Częstochowa, II. aleja 29.
46. Lek.-dent. Filipowicz R., Częstochowa, II. aleja 24.
47. Lek.-dent. Feldstein J., Wilno.
48. „ Friedberg B., Warszawa, Niecała 2.
49. Lek.-dent. Grabman A., Płońsk.
50. „ Glikman P., Radomsk.
51. „ Goldenberg M., Łódź, Piotrkowska 74.
52. Lek.-dent. German M., Warszawa, Marszałkowska 99.
53. Lek.-dent. Gombiński J., Warszawa, Wspólna 38.
54. Lek.-dent. Górski F., Warszawa, Żórawia 3.
55. Dr. Gold J., Tarnopol.
56. P. Goldowa, „
57. Lek.-dent. Gogolewski L., Krotoszyn.
58. „ Goldberg-Górski Franciszek, Warszawa, Marszałkowska 95.
59. Lek.-dent. Gelbart A., Częstochowa, II. aleja 18.
60. Lek.-dent. Gajewski A., Warszawa, Wspólna 47.
61. Lek.-dent. Haberfeld J., Łódź, św. Andrzeja 2.
62. Lek.-dent. Herc P., Warszawa, Praga, Targowa 2.
63. Dr. Herz F., Stryj.
64. „ Helfer Wł., Lwów, Kopernika 3.
65. Lek.-dent. Hanftwurclowa R., Łódź, Sienkiewicza 37.
66. Lek.-dent. Helman A., Warszawa, Marszałkowska 134.
67. P. Helman Cz., Warszawa, Marszałk. 134.
68. Lek.-dent. Harabaszewska, Warszawa, Hoża 22.
69. Lek.-dent. Herszlik E., Lwów, Pańska 17.
70. „ Ingster A., Sosnowic, Warszawska 10.
71. Dr. Idziński W, Żywiec.
72. Lek.-dent. Iwanter N., Wilno.
73. „ Jarząb J., Lwów, Zielona 5 a.
74. Kpt. dent. Iwanowski Cz., Łódź, Skwerowa 1.
75. Lek.-dent. Ignatowiczowa, Warszawa, Szczygla 1.
76. Lek.-dent. Jarzębowska, Warszawa.
77. „ Korngoldowa R., Częstochowa, Kościuszki 13.
78. Lek.-dent. Kratka G., Warszawa, Senatorska 10.
79. Dr. Katz J., Przemyśl, Mickiewicza 6.

80. Lek.-dent. Kończycka M., N. Sącz, Jagiellońska 6.
81. Lek.-dent. Kagan A., Łomża, Długa 1.
82. „ Kon D., Warszawa, św-to Jerska 30.
83. Lek.-dent. Kapłan J., Nowy Dwór koło Modlina.
84. Lek.-dent. Krügerman, Gostynin.
85. „ Kelterówna P., Warszawa, plac 3 Krzyży 14.
86. Lek.-dent. Kelterówna E., Warszawa, plac 3 Krzyży 14.
87. Lek.-dent. Konówna H., Łódź, Zamenhofa 6.
88. Lek.-dent. Kon H., Końskie.
89. „ Lubczyński Z., Częstochowa, I. aleja 42.
90. Lek.-dent. Ligęza J., Radomsk.
91. Dr. Lind I., Lwów, Sykstuska 32.
92. Lek.-dent. Leśniewska, Warszawa.
93. Dr. Langberg Z., Sambor.
94. Lek.-dent. Lemlech S., Równe.
95. „ Laterner N., Warszawa, plac Napoleona 5.
96. Lek.-dent. Litwin R., Łódź, Piotrkowska 108.
97. Lek.-dent. Muszyński B., Częstochowa, plac Marji 32.
98. Dr. Mrozowski J., Przemyśl, Dworskiego 12.
99. Lek.-dent. Mallinger H., Sandomierz.
100. Dr. Meissner A., Warszawa, Mokotowska 14.
101. Lek.-dent. Mesz D., Warszawa, Nowy Świat 2.
102. Lek.-dent. Midler M., Warszawa, Chmielna 43.
103. Dr. Modrzejewski H., Wągrowiec.
104. Stud.-dent. Meloch M., Warszawa.
105. Lek.-dent. Motz A., Warszawa, Moniuszki 6.
106. Lek.-dent. Mokrzycki A., Warszawa, Kredytowa 16.
107. Lek.-dent. Mozes R., Wilno.
108. „ Mikulski A., Wilno, Zamek św-to Jerski 3.
109. Lek.-dent. Mazowiecka J., Warszawa, Mokotowska 9.
110. Lek.-dent. Neuman St., Konin.
111. „ Neufeld N., Warszawa, Sienna 11.
112. Lek.-dent. Nowakówna A., Częstochowa, Strażacka 12.
113. Lek.-dent. Nadelman R., Wilno.
114. Dr. Owiński J., Lwów, Halicka 21.
115. Lek.-dent. Ortowska M., Warszawa, Żórawia 10.
116. Lek.-dent. Ogórkowski St., Radom.
117. „ Parczyński, Częstochowa, Dąbrowskiego 11.
118. Lek.-dent. Pasmantier B., Warszawa, Miodowa 9.
119. Lek.-dent. Pinkert Z., Warszawa, Zielona 24.
120. Lek.-dent. Pietkiewiczowa H., Warszawa, Piękna 46/7.
121. Lek.-dent. Piechowski Fr., Lublin, Namiestnikowska 13.
122. Lek.-dent. Przedpełski L., Warszawa, Moniuszki 6.
123. Dr. Raczyński A., Stanisławów.
124. Dr. Reichenstein M., Lwów, Akademicka 18.
125. Lek.-dent. Rakiszki I., Łódź, Zielona 6.
126. „ Rubinsztejnówna D., Lublin, Królewska 7.
127. Lek.-dent. Rozenówna H., Warszawa, Długa 55.
128. Lek.-dent. Rousseau H., Częstochowa.
129. „ Rozenstein I., Warszawa, Leszno 1.
130. Lek.-dent. Rozenblatt M., Częstochowa.
131. „ Sokalski S., Łódź, Gdańska 31.
132. P. Sokalska S., „ „
133. Dr. Szalit E., Tarnów.
134. „ Szadkowski P., Lwów, Kopernika 14.
135. Lek.-dent. Skąpska M., Zakopane.
136. P. Światłowski W., Warszawa, Zgoda 15.
137. Lek.-dent. Siekierzyński E., Warszawa, Cicha 8.
138. Lek.-dent. Sachs L., Warszawa, Aleje Jerozolimskie 39.
139. Lek.-dent. Silberbogen N., Warszawa, Królewska 41/8.
140. Dr. Stobiecki Z., Lwów, Asnyka 2.
141. Lek.-dent. Świtała I., Bydgoszcz, Jagiellońska 18.
142. Lek.-dent. Sztabholc H., Busko.
143. „ Singerówna E., Lublin, Lubartowska 19/33.
144. Lek.-dent. Singerówna P., Lublin, Lubartowska 19/33.
145. Lek.-dent. Szokalski, Kalisz.
146. P. Szokalska, Kalisz.
147. Lek.-dent. Siemiatycka P., Lublin, Początkowska 17.
148. Inż. Szejnman L., Warszawa, Marszałkowska 125.
149. Dr. Szafran Wł., Lwów, Zielona 5a.
150. Lek.-dent. Szaniawski, Lwów.
151. Lek.-dent. Szapiro I., Warszawa, Karmelicka 7.
152. P. Szwarc M., Łódź, Miła 6.
153. Dr. Szepelski, Warszawa.
154. P. Szepelska, „
155. Lek.-dent. Stępniewicz, Warszawa.
156. „ Strzelecki S., Zakopane.
157. Dr. Schmar J., Lwów, Halicka 19.
158. Lek.-dent. Teplicki S., Łódź, Piotrkowska 121.
159. Lek.-dent. Tatar H., Radom, Lubelska 12.

160. Lek.-dent. Ujejski S., Warszawa, Marszałkowska.
161. Lek.-dent. Wilnerówna, Warszawa, Chmielna 14.
162. Lek.-dent. Wiśniewska M., Łódź, Skwerowa 1.
163. Lek.-dent. Walter S., Jarocin, Krakowska 7.
164. Lek.-dent. Wolański S., Wilno, Wileńska 26/6.
165. Lek.-dent. Witkowski T., Łódź.
166. Prof. dr. Wilga H., Warszawa, Kopernika 12.
167. Lek.-dent. Wasser, Grajewo.
168. Lek.-dent. Walicki L., Warszawa, Hoża 12.
169. „ Zawadzka F., Warszawa, Mokotowska 23/3.
170. Dr. Zeńczak M., Lwów, Ossolińskich 6.
171. Lek.-dent. Zazuliński, Kołomyja.
172. „ Życzkowski T., Warszawa, Nowy Świat 36.
173. Lek.-dent. Żakówna R., Warszawa, Próżna 12.
174. Stud. dent. Żarski F., Noworadomsk, Rynek 11.
175. Dr. Merunowicz, Kraków.
176. Lek.-dent. Śpiżewski, Poznań.

Poza wymienionemi szereg Kolegów (około 35), którzy pomimo, że brali udział w Zjeździe, nie zapisali się w Biurze Zjazdu.

Wspomnienie pośmiertne. 1.2.

† **Dr. Edward Karol Godon.** Urodzony 18. września 1854 r. w Paryżu, zmarł 20. maja 1923 r. tamże.

Godon otrzymał stopień chirurga-dentysty w r. 1894, a stopień dr. med. w r. 1900. — Był założycielem Paryskiej Szkoły Dentystycznej (École Dentaire de Paris) w r. 1879 i Paryskiego Towarzystwa Odontologicznego w r. 1880. Od chwili założenia Szkoły dentystycznej był członkiem Rady Pedagogicznej, tudzież szefem kliniki i profesorem dentystyki klinicznej. Pozatem piastował liczne godności, był sekretarzem I. międzynarodowego Zjazdu dentystycznego w Paryżu w 1889 r., wiceprezesem II. Zjazdu w r. 1893 w Chicago, prezesem F. D. I. w latach 1900—1913 i wiele innych.

Godon był współpracownikiem naukowym licznych pism: *L'Odontologie, Revue de Deontologie, Dental Cosmos* i i.; pozatem współpracownikiem i redaktorem *Podręcznika chirurgji zębowej* (10 tomów). Współpracownikiem *Kodeksu chirurga-dentysty* i autorem *Rozwoju dentystyki* (1 tom). Z pod jego pióra wyszedł memorjał do rektora Akademji paryskiej w sprawie koniecznych reform kształcenia i egzaminowania chirurgów-dentystów. W r. 1912 otrzymał nagrodę Millera od F. D. I. w Sztokholmie. Prócz swych zajęć zawodowych i naukowych znajdował czas na działalność społeczną, będąc zastępcą mera VIII. obwodu miasta Paryża.

Jego niestrudzona energja i pracowitość, połączone z rzadkiemi darami intelektu uczyniło go kierownikiem zawodu dentystycznego we Francji. Lecz wpływ jego osobistości rozciągał się poza kraj rodzinny; jego działalność w F. D. I. (Féderation Dentaire Internationale) jest najlepszym tego dowodem. Organizacja ta powstała w czasie jego prezydentury na Międzynarodowym Zjeździe dentystycznym w Paryżu w r. 1900; nie jest wykluczonem, że idea stworzenia takiej stałej międzynarodowej organizacji zrodziła się wogóle w jego mózgu. Jego wiara w możliwości służby dentystycznej udzielała się innym, jego entuzjazm i jego nieustanne wysiłki skierowane były w kierunku rozszerzenia i udoskonalenia międzynarodowych stosunków dentystycznych. *A.*

(Te Dental Cosmos. 65, 1923. Nr. 7, p. 789).

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI. LWÓW.

POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE PO WYJĘCIU ZĘBÓW Z OGNISKIEM WKOŁOSZCZYTOWEM I PRZY T. ZW. ZAKAŻENIU USTNEM[1]).

50.20; 30.11.

Traitement chirurgique après extraction de dents avec foyer d'infection périapical et en cas de septicité buccale.

Powikłania wskutek zmian wkołoszczytowych zębów, tworzących ogniska utajonego zakażenia, znane były już dawno każdemu stomatologowi, który okiem klinicysty ogarniał cały ustrój człowieka a nie ograniczał się jedynie na objawy ze strony zębów i szczęk.

Nie doceniano jednak w tej samej mierze znaczenia zakażenia ustnego, jak oceniają je obecnie w Ameryce. Stawiano mimo tego już od lat 25 za konieczny postulat w Instytutach uniwersytetów i zagranicznych zupełną sanację jamy ustnej, oczyszczenia jej z korzeni, zębów z przetokami etc. zanim przystąpiono do zabiegów innych.

Kasy chorych w Niemczech odmawiają zabiegów zachowawczych jak i protetycznych u swoich członków, jeżeli ci nie zdecydują się na kompletną sanację jamy ustnej. To stanowisko jest jedynie racjonalne i powinno być również systematycznie przeprowadzone i u nas. Od zdrowia jamy ustnej zależy, jak widzieliśmy z wykładu kol. Allerhanda, w wysokiej mierze zdrowie całego ustroju, a co zatem idzie: długość życia jednostki, a nawet jej produktywność. Dlatego też z wielkim naciskiem propagują sanację jamy ustnej Kasy chorych zagranicą, szczególnie w Niemczech i Ameryce. — W Ameryce żądają nawet w czasach ostatnich od nowo wstępujących członków do Kasy chorych, roentgenogramów całkowitych szczęk na dowód, że nowo wstępującemu członkowi nie zagrażają powikłania organizmu ze strony zębów.

Mógłbym przytoczyć całe szeregi przypadków z własnej praktyki i obserwacji klinicznej w swoim Zakładzie, w których po zupełnej sanacji jamy ustnej nastąpiło polepszenie ogólnego stanu zdrowia, znikły stany anemji, bóle głowy, niedostatecznego odżywiania, powikłania ze strony oka, jamy szczękowej, gruczołów chłonnych, a zarazem i przypadków, w których objawy ogólne, powstałe wskutek zaniechania przeprowadzenia sanacji jamy ustnej, w której pozostawiono korzenie, albo niedostatecznie wyleczone, albo niewyleczone wogóle pod złotemi koronami i mostkami.

I. Przypadek. Jako klasyczny przypadek niechaj będzie mi wolno przytoczyć następujący z dni ostatnich, który tutaj przedstawiam po dokonaniu zabiegów operatywnych.

Przed 4 laty zostały przez jednego z techników dentystycznych tutejszych wykonane mostki złote u pacjentki M. lat 32 na zębach 5 — — 2 1 | / | — 2 — — 5 pozostawiwszy pod mostkiem korzenie w stanie rozkładu zębów

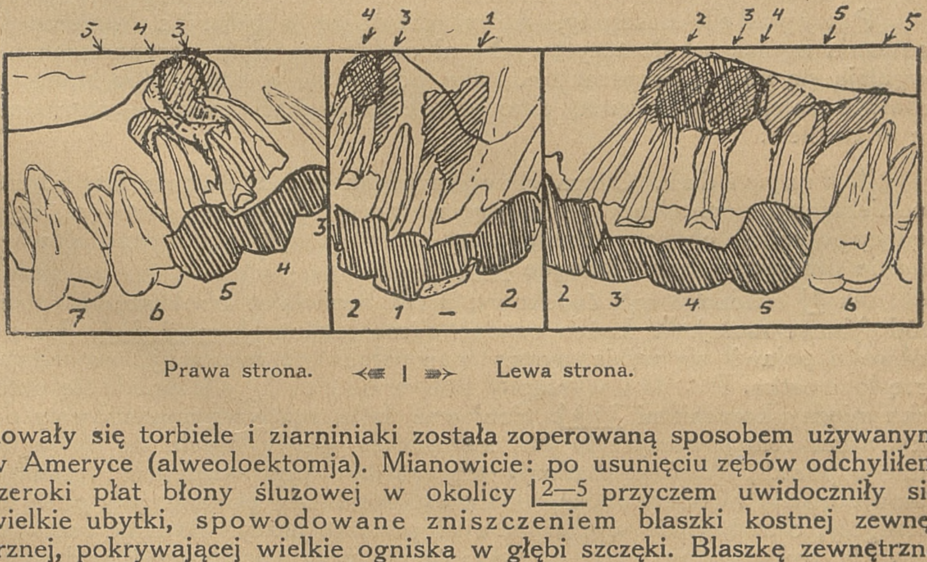
[1]) Koreferat do wykładu dr. Allerhanda: „O zakażeniu ustnem“ wygłoszony na I. Polskiem Zjeździe naukowym lekarzy-dentystów we Lwowie 1923.

4 3 | 3 4 — Z 9 zębów objętych mostkami było 7 zębów chorych, wykazujących torbiele i ziarniniaki (ryc. 1); trzy zęby wykazywały przetoki. — (Ryc.)

Po założeniu mostków pojawiły się częste bóle głowy, objawy ze strony systemu nerwowego, objawy anemji i ze strony serca, oraz skłonność do zapadów. W ostatnich czasach były objawy te tak silne, że chora (żona gospodarza wiejskiego) szukała porady u dwóch wybitnych internistów lwowskich, którzy, dopatrując się przyczyny w jamie ustnej, odesłali ją do mnie. Przy badaniu stwierdziliśmy owe „mauzoleum złote" pokrywające cały szereg zębów niezaopatrzonych w stanie powyżej opisanym, gruczoły chłonne podszczękowe zajęte w stanie przewlekłego zapalenia. Śledziona była cokolwiek powiększona. Bądanie obrazu krwi i bakterjologiczne (posiew krwi) nie mogło być przeprowadzone przez Zakłady Uniwersyteckie z powodu wakacji, a tem samem przeprowadzony dowód, że istotnie istnieje związek pomiędzy ziarniniakami i w nich gnieżdżącemi się drobnoustrojami.

Po usunięciu mostka, zostały wyjęte korzenie i zęby chore 4 3 2 1| |—1 2 3 4 5 a ogniska istniejące w kości usunięte z wyrostka zębodołowego. — (Rycina przedstawia szkic 3 zdjęć intraoralnych).

W tymże celu zastosowałem 3 rodzaje zabiegów stosowanych u nas i zagranicą. Lewa strona wyrostka zębodołowego, w której znaj-



Prawa strona. ⟵ | ⟶ Lewa strona.

dowały się torbiele i ziarniniaki została zoperowaną sposobem używanym w Ameryce (alweoloektomja). Mianowicie: po usunięciu zębów odchyliłem szeroki płat błony śluzowej w okolicy |2—5 przyczem uwidoczniły się wielkie ubytki, spowodowane zniszczeniem blaszki kostnej zewnętrznej, pokrywającej wielkie ogniska w głębi szczęki. Blaszkę zewnętrzną usunąłem zupełnie, ogniska wyskrobałem a ostre brzegi występujące ściąłem i stworzyłem lejowate zagłębienia; ostre krawędzie opróżnionych zębodołów zostały wygładzone gryzem (Fraise), poczem, po odkażeniu pola operacyjnego nalewką jodową, opuściłem płat błony śluzowej, szczepiając go szwami z okolicznem dziąsłem.

Po prawej stronie ognisko nad szczytem korzenia 1| zoperowałem podobnie jak przy resekcji korzenia, przyczem utworzyłem okno w blaszce kostnej na wysokości szczytu korzenia; ziarninę wyskrobałem.

Po prawej stronie wyrostka zębodołowego nad 4 i 3| gdzie ogniska były mniejsze, zostały one wyskrobane ostrą łyżką po wyjęciu zębów od wejścia do zębodołów. Operacji dokonano po obustronnem znieczuleniu nerwu podoczodołowego. — Na operację z zachowaniem zębów pacjentka się nie zgodziła.

Ponieważ przypadek ten zawiera trzy sposoby, stosowane obecnie przy chirurgicznem leczeniu, przedstawiam go dzisiaj w cztery dni po operacji, ażeby Szanowni Uczestnicy Zjazdu mogli się przekonać co do jego wyniku. Wspomnieć mi należy, że po zabiegu nastąpiło w dniu operacji jąk i w dniu następnym wybitne podwyższenie ciepłoty.

Chora, która dotąd wykazywała ciepłotę 36·8—37·2, gorączkowała przez 2 dni, a temperatura doszła nawet do 39^0; gorączka ustąpiła dopiero dnia trzeciego, a zarazem ustąpiły zupełnie bóle głowy, na które się dotąd chora skarzyła. Wysoka temperatura świadczyła o wtargnięciu nowego zastępu drobnoustrojów przez otwarte drogi limfatyczne podczas operacji w kości szczękowej. Powrót do warunków normalnych dnia trzeciego, euforja chorej jak i ustąpienie bólów głowy świadczą o dodatnim wyniku operacji.

Obecnie, po sześciu tygodniach zawiadamia mnie chora, że stan ogólny zdrowia, bez innych zabiegów poprawił się, wszelkie dolegliwości zniknęły i że przybrała na wadze o 4 kilogramy.

Przypadek następny, który przytoczę potwierdza konieczność usuwania ognisk wkołoszczytowych, albowiem w wielu przypadkach nie wygajają się one same przez się, tylko pozostając w kości, albo stanowią źródło poźniejszego ropienia, albo — jak to częściej bywa — rozrastają się w torbiele.

II. Przypadek. Chora H. wykazywała przed dwoma laty ropień podniebienny, pochodzący od lewego siecznego drugiego górnego. Ząb, będący powodem choroby usunięto, zębodołu nie wyłyżeczkowano. Równocześnie przeprowadzono leczenie 2 i 1|.

Na 2| osadzono ząb ćwiekowy, przedziurawiając obok szczytu przewód (*fausse route*). W końcu osadzono mostek na |1 — 3 i 4. Już po pół roku pojawił się wysięk ropny nad sztucznym zębem |2, tworzącym przęsło mostka. Po roku wystąpiły bóle w okolicy |1 i pojawiła się przetoka między korzeniami 2 i 1|. Ponieważ bóle zębów promieniowały do oka, a zarazem towarzyszyły im częste bóle głowy, udała się chora do mnie o poradę. Podczas badania stwierdziłem pod względem ogólnego stanu zdrowia niedokrewność, anamnestycznie zaś podane już powyżej szczegóły, oraz szybkie wyczerpanie sił podczas pracy. Badanie roentgenowskie wykazało ognisko — podobnie jak przy ziarniniakach nad wyjętym przed dwoma laty lewym zębem siecznym bocznym, ziarniniak wielkości fasoli nad |1, ziarniniak i przedziurawienie boczne korzenia zęba 2| 5 *mm* poniżej szczytu korzenia, na którym był osadzony ząb ćwiekowy.

Jak widzimy, zmiany te patologiczne są to przeważnie zmiany wywołane nieodpowiedniem leczeniem.

Wyleczenie nastąpiło bez zdjęcia mostka, po stworzeniu okna ponad |2 i usunięciu ogniska, po resekcji 2 i 1|, przyczem 1| został wypełniony

od szczytu korzenia amalgamem, i później dopiero dokończono wyjałowienia przewodu i wypełnienia jego hermetycznego; 2| został odcięty na wysokości przedziurawienia.

III. Przypadek, który przytoczę, dotyczy dziewczęcia 16-letniego z wielkiemi torbielami symetrycznemi, wychodzącemi od 2|2 a wypełniającemi kość szczękową pod dnem środkowego nosa i obustronnie prawie zupełnie obie jamy szczękowe.

Chora, z wysoko rozwiniętą niedokrewnością, zapadniętemi szczytami, wysoka i szczupła waży zaledwie 33 *kg*. i skarży się na częste bóle głowy. W zęby przednie uderzyła się przy zabawie, będąc dzieckiem.

Badanie prądem przerywanym na żywotność miazgi wykazuje wynik ujemny przy zębach 2|2, które przy uderzeniu trzonem ekskawatora dają odgłos głuchy. Nad 5 do 2| i |2 do 5 nie poddają się blaszki kostne.

Roentgenogram na filmie w ułożeniu zgryzowem wykazuje dwie wielkie torbiele, sięgające aż do zębów trzonowych; na zdjęciu ekstraoralnem widać, że wypełniają prawie całkowicie szczęki obustronnie i sięgają nawet do linji środkowej.

Po otwarciu 2|2 wycieka z przewodów wielka ilość cieczy cuchnącej, brunatnej. Przy nakłuciu uzyskujemy około 15 cm^3 cieczy.

Rozpoznanie: wielkie torbiele korzeniowe symetryczne nad 2|2 po obumarciu miazg.

Po resekcji obydwu zębów 2|2 i zoperowaniu obu torbieli sposobem Partsch'a nastąpiła wyraźna poprawa ogólnego stanu zdrowia już w pierwszych 2 tygodniach. Apetyt powrócił, pokazały się rumieńce na twarzy, bóle głowy ustąpiły a w przeciągu 4 tygodni zyskała chora 5 *kg*.

IV. Przypadek analogiczny, ale z jednostronną torbielą, wypełniającą całą jamę szczękową wielkości małego jaja kurzego u chorej, u której często były halucynacje wzroku i słuchu, przedstawiam dziś równocześnie, po dokonaniu operacji przed dwoma laty.

Zaznaczyć mi przy tem należy, że objawy psychiczne po operacji zredukowały się znacznie, jakkolwiek nie ustąpiły jeszcze zupełnie (pacjentka jest zapaloną zwolenniczką spirytyzmu i uważa się za doskonałe medjum).

Pod względem chirurgicznym zasługuje przypadek na uwagę o tyle, że torbiel u tej chorej zoperowałem w ten sposób, że zamiast jednego wielkiego okna stworzyłem dwa, jedno w odcinku przednim, drugie w odcinku bocznym, poza osadą kości jarzmowej, pomimo, że błona śluzowa torbieli z błoną śluzową jamy ustnej graniczyły ze sobą po zaniku zupełnym blaszki zewnętrznej kości szczękowej.

Nad zębem |3 i 4 pozostawiłem pasmo o szerokości 3/4 *cm* w miejscu silniejszego obciążenia statycznego szczęki, spodziewając się w tej okolicy późniejszego wytworzenia trawersu kostnego, który istotnie dzisiaj stwierdzić można.

Dwa okna zredukowane dziś z przodu do wielkości soczewicy, w okolicy zębów trzonowych zaś do wielkości fasoli połączone są jakby tunelem, który chora sobie codziennie przepłukuje.

Kilka tych przypadków dowodzi o wpływie zmian wkołoszczytowych na ustrój ogólny; opis ich zawiera zarazem sposoby zabiegów, jakie w takich przypadkach stosować należy.

Streszczenie.

Najczęściej usuwamy ogniska okołoszczytowe nad zębami przedniemi drogą resekcji szczytów korzeni i wyłyżeczkowania, o ile zależy nam na utrzymaniu zębów.

W przypadkach, w których widzimy zaczerwienienie błony śluzowej nad szczytami zębów nawet niebolesnych, a będących w stanach przewlekłego zapalenia ozębnej, usuwamy zasadniczo ziarniniaki przez wyłyżeczkowanie zębodołu; tak samo postępujemy przy przetokach.

Na 10 zębów lub korzeni wyjętych o przewlekłem zapaleniu, przynajmniej w 6 przypadkach stwierdzić możemy wielkie ubytki w kości i ziarniniaki, które należy usunąć.

Zabieg ten jest bezwzględnie wskazany; niestety jednak stosuje go ogół lekarzy za mało, zadawalając się tylko wyjęciem zęba. Zaniechanie tegoż zabiegu prowadzi do opóźnienia się wygojenia rany w zębodole, do bólów poekstrakcyjnych, ropienia z zębodołu i do wytworzenia ziarniny. W każdym przypadku, w którym zębodół po wyjęciu zęba wygoić się nie chce, należy przypuścić obecność ogniska wkołoszczytowego, które nie należy leczyć wyłącznie setonowaniem zębodołu, tylko wyłyżeczkowaniem pod znieczuleniem, względnie otwarciem od szczytu jak przy resekcji korzeni i wygładzeniem brzegów zębodołu.

Résumé.

Si on veut conserver les dents ayant des foyers d'infection périapicaux il faut recourir à la résection de la partie apicale de la racine et à l'excochléation du dit foyer. Même dans les cas où le malade n'a aucunes douleurs mais où la rougeur de la muqueuse dans la contrée apicale de la racine permet de supposer une inflammation chronique du périoste, on se débarrasse des granulomes en excochléant l'alvéole. On procède de la même manière s' il y a des fistules.

Sur 10 dents ou racines ayant une inflammation chronique on peut constater après l'extraction en 6 cas au moins l'existence de granulomes et de grands défauts dans l'os.

Dans ces cas l'opération aurait été indiquée. Malheureusement la plus grande partie de dentistes y a trop rarement recours et se contente de l'extraction. Mais malgré ce traitement si radical la plaie si on ne l'excochlait pas ne guérit que très lentement, le malade continue d'avoir des douleurs, l'alvéole suppure et il se forme des granulations.

Dans tous les cas où après une extraction de dent l'alvéole ne veut pas guérir, il faut admettre l'existence d'un foyer d'infection périapical. L'ingérence du médecin ne doit point se borner alors exclusivement à la tamponnement de l'alvéole, mais elle doit aussi s'etendre à l'excochléation sous anesthésie du foyer d'infection, respectivement à l'ouverture de la plaie comme pour la résection de la racine et au lissage des bords de l'alvéole.

LEK.-DENT. F. GOMBINSKI. WARSZAWA.

O NOWYCH TEORJACH ETJOLOGJI ROPOTOKU ZĘBODOŁOWEGO.

26.71.

Sur les nouvelles théories de l'éthiologie de la pyorrhée alvéolaire.

Istotna przyczyna ropotoku zębodołowego do dnia dzisiejszego nie jest wyjaśniona. Stwierdzić możemy stosy sprzecznych poglądów, liczba których, według statystyki Blessinga, sięga 350.

Stare teorje zapoczątkowane przez Ambrożego Paré 1550 roku zamykają się Riggsem 1867 r., przekazując nowym badaczom ogólnie przyjęte miano tej choroby *Pyorrhoea alveolaris,* nadane przez Toiraca 1839 roku.

Zasługą Arkövyego było ujęcie wszystkich poglądów w trzy grupy: lokalistów, konstytucjonistów i fuzjonistów. Głębsze badania podstaw ugrupowań wykazały chwiejność gruntu, na którym powstały. Słabe argumenty legły pod naporem krytyki wzajemnej. Badacze stanąwszy na gruncie anatomo-histologicznym i pogłębiwszy fizjologiczne i patologiczne przejawy w tkankach rozwoju sprawy chorobowej, przyszli do przeświadczenia, że większość przyczyn z wyżej wzmiankowanych ugrupowań należy uważać za uspasabiające, pozostałe zaś zaliczyć do rzędu czynników pośrednio sprzyjających rozwojowi i umiejscowieniu choroby. Właściwie nastąpiło skrystalizowanie pojęć i przechylenie w stronę fuzjonistów.

Dowiedziono, że aczkolwiek odporność organizmu przy ustrojowych chorobach jest obniżona, nie uspasabiają one do chorób przyzębnych, przy wielu chorobach ustrojowych nie stwierdzono bowiem ropotoku zębodołu, a w wielu wypadkach tejże choroby nie stwierdzono natomiast podkładu konstytucyjnego; złogi i ropienie mogą przytem istnieć lub mogą tylko stanowić przyczynę objawów wtórnych, za pierwotny objaw uważać należy zanik zębodołu, powodujący wytwarzania się kieszonek; główną zaś przyczyną zaniku zębodołu ma być obciążenie zęba (teorja dynamiczna Karolyego) wskutek wadliwego ciśnienia zgryzu. Stąd też powstanie dwóch nowych teorji. Pierwsza wywodzi powstawanie choroby z zaniku zębodołu, który to uważa za objaw pierwotny, a wytworzenie kieszonek, ropienie i złogi, jako objawy drugorzędne i następcze; druga wywodzi powstanie choroby z tkanek miękkich, przyczem ropociek i kieszonki są objawami pierwotnemi, a zanik kości następstwem takowych. Do wyznawców pierwszej teorji należy grupa Fleischmann-Gottlieb, Talbot, Greve, Hopewell-Smith i inni; do wyznawców teorji drugiej grupa Dependorf, Römer, Kranz, Falck, Neumann, Weski, Hille, Adloff i inni.

Obie grupy główną przyczynę upatrują w nadmiernem obciążeniu zębów i wadliwem i anormalnem ciśnieniu zgryzu. Rozbieżność w interpretowaniu tych czynników w przejawach fizjologicznych i patologicznych, stworzyła dwie teorje. Istnieje jeszcze trzecia teorja bakterjologiczna, kiełkująca już od 1875 r. (spostrzeżenia Schlenkera) i ma ona szereg

zwolenników, jak Gallipe, Körner, Karolyi, Goddby, Landgraf i Beyer.

Terenem rozwoju choroby jest przestrzeń między zębem i wyrostkiem zębodołowym. Jej wynikiem: zwyrodnienie tkanek przestrzeń tą wywypełniająca, zanik ich i zębodołu, rozchwianie i wypadnięcie zęba. Jaki jest normalny stosunek anatomiczny tych tkanek i jakie ich zadanie fizjologiczne?

Już w okresie zawiązkowym, kiedy ektodermalny nabłonkowy zawiązek zęba wrasta w okalającą tkankę mezodermalną, z której wtłacza się weń brodawka i weń wrasta, normuje się stosunek wzajemny tych rozbudowujących się tkanek w odrębne, ale ściśle ze sobą związane organy. Odtąd przejawy fizjologiczne są odźwierciedlaniem harmonji współżycia i bujania różnorodnych komórek. Harmonję tę i celowość widzimy w następnem układaniu i wzajemnem zasilaniu się tkanek zęba otaczających. Czynniki te wytwarzają na korzeniu zęba cement, a właściwie spoidło z poligonicznie ułożonych snopków, na powierzchni którego wystają włókna Sharpeya, łączące się z ozębną, tworząc wraz z włóknami tejże związek z substancją kostną zębodołu i dziąsłem. Zadanie ich czysto mechaniczne: ujęcie włókien ozębnej. Cementoblasty posiadają własność regeneracji, ale nie posiadając żadnych naczyń; cement jest życiem swem uzależniony od ozębnej; zniszczenie przez ropienie ozębnej powoduje obumarcie cementu. Włókna łącznotkankowej błony, t. j. ozębnej, wypełniają przestrzeń od wierzchołka do szyjki zęba z jednej, a ściankę zębodołu z drugiej strony. Przechodząc bezpośrednio w dziąsło i w zewnętrzną okostną ścianek zębodołu, przerastają przestwory i kanaliki kostne, przez które naczynia i nerwy od kości do zęba przechodzą. Ozębna włóknami swemi dosięga do szpiku kostnego, a na brzegu zębodołu przechodzi bezpośrednio w okostnę, w okolicy wierzchołka korzenia graniczy z miazgą zęba. — Stąd też wzajemny wpływ przy sprawach zapalnych.

Ozębna zawiera liczne nerwy, naczynia i włókna łącznotkankowe, któremi łączy ząb z całą okolicą. Topograficznie jest ona podzielona na 3 części: dziąsłową, zębodołową i szczytową.

Komórkowe jej elementy są: fibroblasty, cementoblasty, osteoblasty i skupienia, t. j. kępki nabłonkowych komórek Serresa, uważane za gruczoliki o wewnętrznem wydzielaniu. Włókna ozębnej celowo zwrócone są we wszystkie strony i tworzą więzy: fibrae gingivodentales gingivales, circulares, interdentales, alveolodentales, obliquae superiores, inferiores, alveolodentales transversae i apicales.

Ozębna umacnia ząb i dzięki zasobom nerwów, naczyń krwionośnych i limfatycznych, jest jedyną żywicielką cementu, a także żywicielką wszystkich otaczających tkanek i krzewicielką nowych substancji: kostnej i cementu. Miejsca wolne poza ozębną wypełniają dziąsła; jej tkanka łączna ścisła, mocna, uboga w elastyczne włókna, nie posiada żadnych gruczołów. Ona przylega do szyjki zęba, którą obwodzi od brzegu zębodołu do przegrody i pokrywa zębodół z obu stron, uzupełniając umocnienie zęba. Dane anatomiczne i fizjologiczne wskazują, że głównym punktem oparcia dla zęba w zębodole, jego *locus standi,* jest ozębna: ona spojona z cementem zęba z jednej, a wszystkiemi tkankami otaczającemi, z drugiej strony, umacnia ząb, zasobem nerwów przekazuje tkliwość zębowi na

czynniki zewnętrzne; ona stanowi o życiu i śmierci zęba, gdyż jej obumarcie pociąga śmierć cementu, rozchwianie zęba, obliterację naczyń wierzchołka, a co zatem idzie, utratę i wypadnięcie zęba. Ząb z nią jest nierozerwalnie połączony i jak cytuje Weski słowa Landsberga: „ząb nie może wyjść ze swego zębodołowego woreczka; oba tworzą jedność organiczną, wraz z zębem bezpośrednio bierze udział przy zmianie miejsca, co jest dawno znane w ortodoncji; uzasadnienie fundamentalne: Oppenheim, Körbitz, Kranz. — Wszystkie zabiegi w ortodoncji, jak mówi Kranz, wychodzą z tego założenia, że drażnienia i bodźce przekazane zostają kości przez spojone z cementem włókna Sharpeya przez wiąz alveolodentalny w kość, z którą się spajają włókna. Bodźce przez przewodnictwo przekazane prowadzą do objawów zanikowych i wytwórczych.

Weski, opierając się na spostrzeżeniach roentgenologicznych i dowodach z historji rozwoju i morfologji, dochodzi do wniosku, że dziąsła, cement, ozębna i wyrostek zębodołowy nie tylko są topograficznie sąsiadującemi odcinkami tkanek, ale że stanowią fizjologiczną jedność w pojęciu organu; dlatego nazwał on to całe otoczenie zęba *paradentium*, tworząc rzeczownik na miejsce poprzednio już stosowanego *adjectivum:* „paradentalne" (Wunschheima i Grevego).

Paradentium posiada znamiona obwodowe narządów, jak włosy, spojówka, brzeg powieki, tworzy *locus minoris resistentiae* i podlega zarówno zewnętrznym jak i wewnętrznym czynnikom.

Ponieważ *paradentium* obejmuje cały obwód zęba i okolicę szczytową, Weski zaznacza, że określenie „paradentalny" choroby przysługuje tylko brzeżnym sprawom chorobowym ektodermalnego pochodzenia, a nie szczytowym entodermalnego, t. j. miazgowego pochodzenia. Weski dzieli *paradentium* i łącznotkankowy aparat dzierżący, (jak on nazywa ozębną) w sposób następujący:

Paradentium.

A) Regio marginalis paradentii: 1. Pars supraalveolaris.
2. „ alveolaris.

B) „ intermedia „

C) „ apicalis „

Lig. alveolo-dentale.

A) Pars supraalveolaris:

1. stratum fibrosum mucosae;
2. stratum fibrosum gingivale: *a)* longitudinale, *b)* circulare.
3. stratum fibrosum periostale: *a)* labiale-buccale, *b)* palatinale-linguale, *c)* interdentale.

B) Pars interalveolaris sive periodontalis:

1. stratum marginale,
2. „ intermedium,
3. „ apicale.

Podział ten dokonany na podstawie topograficznej jest właściwy do określenia zarówno umiejscowienia choroby, jak i wykonania zabiegu.

Termin *parodontitis* używa w jedynej dotąd w tej dziedzinie ogłoszonej pracy w języku polskim, bogato ilustrującej sprawę doszczętnego chirurgicznego leczenia t. zw. ropocieku zębodołowego, prof. dr. Cieszyński, a tablica przez niego proponowana nie wiele odbiega od Weskiego.

SCHEMATY.

I.

Weski.	Cieszyński.
Atrophia paradentii marginalis totalis (senilis vel juvenilis).	Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis (obejmuje prawie całą szczękę lub większe odcinki kości szczękowej) 1. praecox, *a*) non pyorrhoica. 2. traumatica, *b*) pyorrhoica.

II.

Atrophia paradentii marginalis partialis 1. Bez zagłębień kieszeniowych z poziomym zanikiem kości. 2. Z zagłębieniem kieszeniowem: *a)* Supraalveolaris — kieszenie przy poziomym zaniku. α) Z gingivitis ulcerosa interna (forma pyorrhoica); β) bez gingivitis ulcerosa inter. (forma nonpyorrhoica). *b)* Intraalveolaris — kieszenie przy poziomym zaniku. α) Z gingivitis ulcerosa interna (forma pyorrhoica); β) bez gingivitis ulcerosa inter. (forma nonpyorrhoica).	Parodontitis (Paracementitis) alveolaris pyorrhoica 1. post gingivitidem, 2. traumatica ex abusu, 3. ex inusu. } *a*) marginalis, *b*) intraalveolaris.

III.

Według tego: II 2 *a*) α) Pyorrhoea supraalveolaris. II 2 *b*) α) Pyorrhoea intraalveolaris.	1. Atrophia alveolaris idiopathica vel constitutionalis et 2. Parodontitis alv. pyorrhoica } *a*) forma marginalis, *b*) forma intraalveolaris.

Weski dla określenia wymiaru zaniku *alweoli*, posługuje się gutaperkowym ćwieczkiem *(point)*, który wprowadza w kieszeń przyzębną i miarą milimetrową określa głębokość zaułku. W celu zaś dokładnego roentgenologicznego określenia miejsca zaniku wprowadza ćwieczek guta-

perkowy w kieszeń i rozgrzanem narzędziem obcina część sterczącą nad brzegiem. Kilka wprowadzonych blisko siebie ustawionych ćwieczków daje nam możność określenia najmniejszych nawet załamań się linji zaniku.

Podział Weskiego podają również w pracy swej Kranz i Falck. Według Kranza komórki nabłonkowe brodawki międzyzębowej sięgają zwykle poniżej zaczęcia się cementu, nie dochodzą jednak głębiej jak na $^1/_2$ *cm* poniżej poziomu brzegu zębodołu. We wszystkich wypadkach widzi się okrągło-komórkowe nacieki, rozprzestrzeniające się od brzegu w głąb. Widzimy skupienia okrągłych komórek w tkance łącznej, nabłonkowej i rozprzestrzenianie się nabłonka w głąb.

Nigdzie nie odnosi się wrażenia, by zanik albo pierwiastki osteomalacyjne zmian kostnych wpierw występowały. Częściej spotykamy swoiste, t. zw. atypowe bujanie tkanki nabłonkowe, jakie występują przy stanach przewlekłych wskutek podrażnienia. Ziarnina przenika w głąb, powoduje rozpulchnienie się wiązadła zęba i rozkład kości.

Pogląd ten potwierdzają badania eksperymentalne na zwierzętach Roosa; według niego stan anatomo-patologiczny u zwierząt wykazał, że wskutek przewlekłego podrażnienia przy sprawach zapalnych następuje zwyrodnienie tkanki międzyzębowej, wytworzenie się osteoklastów i zanik przegrody międzyzębowej; objawu tworzenia się kości nowej nigdzie nie spotkał.

Na zakończenie Kranz deklaruje się fuzjonistą, uznaje ważność przyczyn miejscowych, również bakterjologicznych, a choroby ustrojowe uważa często jako przyczyny usposabiające. Główny nacisk kładzie na przeciążenie i wadliwość zgryzu. W wypadkach niewyjaśnionych przyczynę upatruje on w zaburzeniach wewnętrznego wydzielania.

Najlepszego wyniku leczenia, spodziewa się sposobem chirurgicznym zaznaczając, że chorzy zgłaszają się zazwyczaj wtedy, kiedy już wyrostek zębodołowy jest chorobą znacznie zniszczony, to też *restitutio ad integrum* jest w większości wypadków wykluczona.

Gottlieb i Fleischmann na podstawie obszernych badań wywodzą swe poglądy ze stosunku zęba do zębodołu. Jak w całym organizmie, tak i w kości na podstawie przebudowy, odbudowy i rozbioru (*Umbau, Anbau, Abbau*) zachodzi po ukończeniu rozwoju wchłonięcie cementu i zębodołu. Czy zanik zębodołu może być wyrównany dobudową nowych pokładów cementu? Jednak nie wszystkie typy zębów posiadają zdolność do dobudowy cementu; wtedy zanik kości postępuje, ząb się rozchwiewa i w końcu wypada. Tworzenie się kieszeni i ropienie są objawami wtórnymi; objaw, na który już dawno zwrócono uwagę, że właśnie zęby niedotknięte próchnicą, podlegają łatwiej ropotokowi, tłumaczył Karoly przeciążeniem, Gottlieb zaś tłumaczy go przejawem inwolucyjnym. — Próchnica jest następstwem niezwykłego procesu inwolucji, upośledzonego zwapnienia. Ząb taki podlega próchnicy, ale zachowuje zdolność życiową do zużytkowania budulca, a tem samem do wyrównania zanikłej części zębodołu. Żywotność zęba odpornego na próchnicę jest obniżona i zanik zębodołu wtedy nie zostaje wyrównany. W miejsce jego rozprzestrzenia się bujająca tkanka nabłonkowa, wytwarza się kieszeń i drogą następczego zakażenia rozwija się kliniczny obraz, t. zw. ropotoku zębodołowego. Gottlieb mimo krytyki jego poglądu przez Weskiego, Bodo, Kranza,

Adloffa i innych, ogłosił w 1922 r. doświadczenia na zębach trzonowych szczurów, dotkniętych ropotokiem zębodołu, a ostatnio pracę p. t. *Atrophia diffusa*, opartą na badaniach przednich zębów wyżłobionych przez trzymanie piszczałki u pastuchów.

Streszczając swe poglądy dochodzi do wniosku, że każdy rodzaj zaniku zębodołu może być skutecznie wyrównany przez odkładanie nowego pokładu cementu. Do tych zaliczają się sprawy zapalne wkołoszczytowe, rozsiane gniazdka nabłonka pochewki Hertwiga, zmiany wskutek nieprawidłowego obciążenia, zanik zębodołu w związku z odbudową korzenia przy braku zęba przeciwległego (przypadki Rudolfa Loosa), a także wytworzenie nowych pokładów cementu na resorbowanych korzeniach zębów mlecznych (Oppenheim). Jądro przejawu, mówi Gottlieb, leży w braku czynnika podrażniającego na powierzchni korzenia, by pod zdrowym łączącym wiązem w odpowiedniej odległości (*in adäquater Entfernung*) utrzymać kość zębodołową w funkcyjnej zdolności. Pierwotnym objawem klinicznym choroby jest rozchwianie i wystawanie zęba nad poziomem zgryzu, ropienie zaś uważać należy jako objaw wtórny. Stąd wniosek Gottlieba w terapji: utworzyć saneczkowy zgryz, aby usunąć obciążenie i zasilić organizm leczeniem arszenikowem, by podnieść żywotność tkanek.

Bodo twierdzi, że zanik jest pierwszym objawem ropotoku, a objawy zapalne w ostrej, czy przewlekłej formie objawem wtórnym. Jeżeli Gottlieb na potwierdzenie swych wywodów powiada: wyjm ząb, zniknie zębodół, może Weski odpowiedzieć: wyjmę ząb, zniknie ropotok. Jako główną przyczynę Bodo uważa boczne ciśnienie, które sprzyja czynnikom usposabiającym do zmian ozębnej. Wielkie znaczenie ma tu dynamika zgryzu, wytworzenie się działania dźwigni (*Hebelwirkung*). — *B.* oznacza funkcję zęba następującym wzorem: $F = \frac{Z}{O}$

(F = funkcja, Z = ciśnienie zgryzu, O — odporność zęba).

Odporność zęba zależy od umocowania w zębodole, podlegającego bocznemu ciśnieniu i wyraża się we wzorze $Py = \frac{D}{O}$

(Py — *pyorrhoea*, D — boczne ciśnienie, czyli działanie dźwigni, O — odporność zęba).

Wszystkie teorje, mówi Bodo, kończą się nieznanem X, które jest istotną przyczyną choroby; jedni bowiem mówią, że ząb ma zdolność regeneracji, drudzy znowu, że z nieznanej przyczyny stracił odporność, albo z nieznanych powodów uległ dyspozycji.

Adloff również twierdzi, że jest nieznana przyczyna, która zabiera zębowi zdolność regeneracji i czyni go niezdolnym do wytworzenia nowego cementu. Infekcja więzu prowadzi do ropotoku zębodołu bez zaniku istoty kostnej. W innym miejscu jednak mówi, że zakażenie może być, ale nie musi być przyczyną ropotoku i że trzeba szukać innych przyczyn. — *A.* nie uznaje jednak przeciążenia zęba jako momentu etjologicznego.

Loeffler w pracy swej o odporności i zakaźności jamy ustnej ze specjalnem uwzględnieniem granulacji i ich znaczenia dla patogenezy t. zw. *pyorrhoea alveolaris* dowodzi, że drobnoustroje nie są przyczyną powstania choroby, gdyż granulacje są wałem przeciwstawiającym się przenika-

niu drobnoustrojów w głąb, co zostało eksperymentalnie dowiedzione i że wyjątek stanowią tylko pałeczki błonicy. Dnobnoustroje wykazać można tylko na powierzchni i w powierzchownej warstwie; w głąb zaś nie przenikają. Jego zdaniem od nasilenia czynników drażniących i aktywności komórek (wyrażenie Virchowa) zależne jest, czy omawiana sprawa chorobowa spowodowana jest bodźcami, czy też bodźce pierwotnie wywołują mikronekrozy w tkankach, wtórnie zaś objawy zapalne zależnie od czynników wywołujących, bądźto w ostrej, bądźto w postaci przewlekłej.

Beyera teorja, opierająca się na specjalnej *Spirochaeta pyorrhoica Kolle* zupełnie zawiodła i słusznie została nazwana poronioną, a stosowanie salwarsanu jest chybione. Münzesheimer upatruje pierwotną przyczynę w kości szczękowej na podłożu artretyzmu. Torger dowodzi, że miazga nie wywiera wpływu ujemnego na ozębną przy *pyorrhoea alveolaris*. Neumann dzieli zapatrywania Römera i Kranza; ze stanowiska klinicznego na 90% przypadków stany odpowiadające pod względem anatomiczno-patologicznym wywodom Römera, a tylko 10% dałyby się one podporządkować pod wywody Gottlieba i Fleischmanna. Godnem zaznaczenia jest, że Neumann ocenia bardzo względnie prace innych autorów, a do swej pracy wnosi wszystko, co uważa za pożyteczne. Sam jako fuzjonista, wielką wagę przypisuje lokalnym pierwotnym objawom. Choroby dziąseł i śluzówki jak *gingivitis* i *stomatitis ulcerosa* nazywa zwiastunami ropocieku i szeroko się rozwodzi nad leczeniem takowych z uwzględnieniem wszelkich nowoczesnych sposobów leczenia, sanacji, umocowania i postępowania po leczeniu.

Według dowodzeń Schmamina ozębna ochrania cement, dostarcza mu nowego budulca tak długo, dopóki istnieje normalne połączenie za pośrednictwem wązko-wrzecionowatej formy łączno-tkankowych komórek. Zostają one zastąpione pod wpływem patologicznym przez komórki okrągłe i olbrzymie, bo działa to sąsiedztwo na cement często odwrotnie, szkodząc, niszcząc, wyżerając. Na okrągłe nabłonkowe komórki i olbrzymie, wskazują wszystkie badania anatomiczno-patologiczne.

Najbardziej ważkim czynnikiem powstawania choroby jest obniżona żywotność komórek; ona jest powodem braku odporności tkanek i ulegania przeważającej sile.

Powstanie ziarniny i tkanki bujającej sprzeczne w poglądach Kranza i Gottlieba należy tłumaczyć tak samo, jak powstanie wału ochronnego nad szczytem po usunięciu miazgi. Tu skutkiem przekrwienia rozrastają się komórki nabłonkowe i tworzą wał ochronny. Tam przy *paradentitis* skupienia komórek nabłonkowych, znajdujące się w niektórych miejscach na powierzchni cementu, uważane jest przez wielu za gruczoliki o wewnętrznem wydzielaniu; nie jest jednak wiadome jakie znaczenie i wpływ mają komórki te na *paradentium*, wiadomem jest natomiast, że rozrastają się skutkiem przekrwienia i przyczyniają się do patologicznych zmian ozębnej i zaniku zębodołu. Przekrwienie i drażnienie tych komórek nabłonkowych zostaje spowodowane obniżeniem żywotności komórek nabłonkowych i łączno-tkankowych, przez niehigjeniczne utrzymanie jamy ustnej a głównie przez częste parzenie gorącemi pokarmami, co pozbawia śluzówkę jej odporności, obniża zaś żywotność jej komórek. — Sluzówka staje się atoniczną, wytwarza się podłoże do złogów przyzębnych, zapa-

leń dziąsła. — O higjeniczne utrzymanie jamy ustnej mało kto dba, a jeszcze więcej lekceważą termiczne i chemiczne szkodliwe czynniki jak dla zębów, tak i dla śluzówki. Krwawienie dziąseł i złogi przyzębne są często lekceważone.

Stosowanie sanacji jamy ustnej w najszerszem znaczeniu jest nader pożądane, a bezwzględne leczenie zapalenia dziąsła nawet w okresie lekkiego przekrwienia, gdyż to błahe na pozór cierpienie może z czasem doprowadzić do ropotoku. Stwierdzony ropotok z zanikiem zębodołu należy stanowczo leczyć radykalnie według wskazówek Cieszyńskiego, Widmana i Neumanna, a wszystkie najstaranniej wykonane zabiegi jednak nie dadzą pożądanego stałego wyniku, gdyż wielka ilość przypadków w krótkim czasie wykaże wznowy, o ile pacjent nie będzie przestrzegał higjeny.

Streszczenie.

Po 3 grupach Arkövyego, powstają dwie nowe teorje: pierwotności objawów w tkankach miękkich i odwrotnie pierwotności zaniku zębodołu. Wyznawcami grupy pierwszej są: Dependorf, Römer, Kranz Falck, Weski, Neumann, Cieszyński, Hille, Adloff i inni.

Drugiej: Talbot, Greve, Hopewell, Smith, Gottlieb, Fleischmann i inni. — Jest jeszcze trzecia teorja bakterjologiczna, kiełkująca od r. 1875 (od Schlenkera do Beyera).

Ponieważ choroba obejmuje części miękkie i twarde obsady zęba, Weski stosuje nazwę *paradentitis* i daje nam topograficzny podział paradentium i schematyczną tablicę, tak samo i Cieszyński; Kranz i Falck dowodzą pierwotności objawów patologicznych w tkankach miękkich i powołują się między innemi na doświadczenia Römera i Roosa. Wywody te popierają: Bodo, Loeffler, Adloff, Hille, Neumann i inni.

Gottlieb na podstawie fizjologicznego procesu odbudowy, dobudowy i rozbiórki (Umbau, Anbau, Abbau) wywodzi teorję rozwoju od zaniku kości, ale w końcu mówiąc o odporności, przyznaje, że musi tu działać jeszcze inna energja. Wszyscy wskazując na konieczność usunięcia obciążenia i wadliwego zgryzu, zalecają sanację jamy ustnej i zabieg chirurgiczny, ale mimo wszystko, twierdzi Kranz, *restitutio ad integrum* jest często wykluczona.

Stojąc na gruncie zapatrywania grupy wyznawców pierwszej teorji, jako moment etjologiczny choroby uważam nie obniżenie żywotności komórek z przyczyny ogólnego upośledzenia, ani inwolucji zęba, lecz obniżenie żywotności śluzówki jamy ustnej i przewlekłe przekrwienie tkanek miękkich wywołane czynnikami termicznemi i chemicznemi; momenta te bowiem stanowią przyczynę rozrastania nabłonkowych komórek, a głównie skupionych wysepek Serresa. Ostatnie są bodźcami zaniku zębodołu zanim jeszcze przyłącza się ropienie.

Piśmiennictwo.

Arkövy: Kritische Bemerkungen zu den neueren Veröffentlichungen über Alveolarpyorrhöe. Ö. U. V. f. Z. 1899.

Adloff: Einige kritische Betrachtungen zu den Arbeiten Fleischmanns und Gottliebs über die Ätiologie der Alveolarpyorrhoe. Vt. f. Z. 1921. H. 2.

Altauchow: Anatomja zubow czełowieka 1900.

Beyer: Die Alveolar-Pyorrhoe als locale Spirochätose der Mundhöhle. 1919.

Blessing: Pyorrhoea alveolaris. 1911.

Blessing: Zur Bakteriologie und antibakteriellen Therapie der Pyorrhoea alveol. 1911.

Bodo: Die Ätiologie der Alveolarpyorrhoe f. Z. 1922. H. 1.

Bunge: Lehrbuch der Physiologie des Menschen I.

Cieszyński: Bemerkungen zur radikal-chirurgischen Behandlung der sogenannten Pyorrhoea alveolaris. D. M. f. Z. 1923. H. 4.

Cieszyński: O doszczętnem leczeniu ropocieku zębodołowego. *Polska Dentystyka.* I 1923. Nr. 1 i 2.

Czerewkow: Fizjologja czełowieka. 1914.

Ebner: Histologie der Zähne mit Einschluss der Histogenese. Scheffs Handbuch der Zahnheilk. wyd. 3., t. 2., cz. I.

Gottlieb: *a)* Die diffuse Atropie des Alveolarknochens. Z. f. Stom. 1923. H. 4.
b) Die Paradentalpyorrhoe der Rattenmolaren. V. f. Z. 1922. H. 3.

Fleischmann, Gottlieb: Zur pathologischen Anatomie der Alveolarpyorrhoe. J. D. N. u. A. Wien 1913.

Hille: Zur Kenntnis der Alveolarpyorrhoe. D. M. f. Z. 1921. H. 10.

Kranz, Falck: Alveolar-Pyorrhoe. Berlin 1923.

Loeffler: Ueber die relative Mundimmunität und die Mundhöhlensepsis mit besonderer Berücksichtigung des Granulationsgewebes in der Zahnalveole und über die Bedeutung des letzteren für die Pathogenese der sogenannten Alveolarpyorrhoe. V. J. f. Z. 1923. H. 2.

Münzesheimer: Zur Ätiologie und Therapie der Alveolarpyor. D. M. f. Z. 1923. H. 3.

Neumann: *a)* Die radikal-chirurgische Behandlung Alveolarpyorrhoe. V. J. f. Z. 1921. H. 2.
b) Kritische Betrachtungen zur radical-chirurgischen Behandlung der sog. Alveolarpyorrhoe. V. J. f. Z. 1923. H. 2.
c) Die Alveolarpyorrhoe und ihre Behandlung 1920.

Rauber, Kopsch: Lehrbuch der Anatomie des Menschen.

Roos: Ueber die Anatomie u. Physiologie des Interdentalranmes. V. J. f. Z. 1918. Nr. 2.

Römer: *a)* Ueber einige pathologische Beobachtungen bei Alveolarpyorrhoe D. M. f. Z. 1905.
b) Periodontitis chronica marginalis purulenta. Pyorrhoea alveolaris. — Handbuch der Zahnheilk. Scheff. wyd. 3., t. 2., cz. I.

Sachs: Ueber Ätiologie und Therapie der Pyorrhoea alveolaris.

Sobotta: Atlas der deskript. Anatomie des Menschen 1911.

Torger: Erfahrungen in der Praxis über „Alveolar Pyorrhoe". Z. R. 1922. Nr. 38.

Weski: *a)* Die Alveolarpyorrhoe auf der Leipziger Tagung des Zentralvereins Deutscher Zahnärzte Z. R. 1922. Nr. 45.
b) Die chronischen marginalen Entzündungen des Alveolarfortsatzes mit besonderer Berücksichtung der Alveolarpyorrhoe. Röntgenologisch-anatomische Studien aus dem Gebiete der Kieferpathologie. V. f. Z. 1921-22-23. H. 1. und 2.

Wetzel: Anatomie für Zahnärzte.

Wunschheim: Die paradentalen Entzündungen der Zähne. Ö. V. f. Z. 1911. H. 4.

Zuckerkandl: Entwicklung des Kiefergerüstes der Mundhöhle und der Zähne. Scheffs Handbuch der Zahnheilkunde wyd. 3., t. 1.

Niemieckie Towarzystwo Anatomji i Patologji zębów.

80 (z).

Statuty tego niedawno powstałego Towarzystwa naukowego postanawiają, że ma ono za cel, stać się ośrodkiem całej pracy naukowej na obszarze anatomji i patologji zębów, tudzież popierać wśród dentystów zainteresowanie temi działami i dąży do utworzenia specjalnego studjum tych przedmiotów. Conajmniej raz do roku urządza Towarzystwo zebranie w łączności ze Zjazdem Centralnego Związku dentystów niemieckich (w roku bieżącym został Zjazd, zapowiedziany do Monachjum na pierwszą dekadę września, odwołany z powodu trudnej sytuacji ogólnej); członkiem zwyczajnym może stać się każdy lekarz i lekarz-dentysta niemieckiego obszaru językowego. Przewodniczącym jest Roemer (Lipsk), sekretarzem Weski (Berlin).

DR. MED. WITOLD CYBULSKI,
adjunkt klin. chirurg. Państw. Inst. Dentystycz.

WARSZAWA.

ZASTOSOWANIE DIATERMJI W SCHORZENIACH SZCZĘK I JAMY USTNEJ.

44.1.

Application de la diathermie dans les maladies des mâchoires et de la bouche.

Diatermją albo termopenetracją nazywamy zabieg leczniczy wykonywany przy pomocy prądów przemiennych o częstej zmianie kierunku (wysokiej frekwencji) w celu zastosowania ciepła wywoływanego przez te prądy przy ich przebiegu przez tkanki. Od dawna był znany fakt, że prąd elektryczny przy przebiegu przez przewodniki wywoływał ich rozgrzanie, żarzenie, nawet ich topienie, co w technice znalazło szerokie zastosowanie, że wskażę tylko na najprostszy przykład: żarówkę elektryczną. Było to tak zwane ciepło Joula, zawdzięczające swoje powstanie przemianie energji elektrycznej w kaloryczną. Wiemy, że tkanka zwierzęca jest również przewodnikiem elektrycznym, jednakże zastosowanie prądu stałego czy też zmiennego o niskiej frekwencji w celu rozgrzania tkanek było nie do pomyślenia ze względu na reakcję fizjologiczną jakie te prądy wywoływały, a mianowicie, silne objawy podrażnienia neuro-muskularnego kładły tamę wcześniej, zanim mogła być mowa o wytworzeniu ciepła. Dopiero przy zastosowaniu prądów wywołujących ciężkie obrażenia tkanek albo śmierć można było termometrycznie stwierdzić rozgrzanie tkanek.

Możność rozgrzania tkanki bez narażania jej na uszkodzenia zawdzięczamy prądom o wysokiej frekwencji, których odkrycie jest związane z nazwiskiem Tesli. Zastosował on prądy o nadzwyczaj częstej zmianie kierunku (frekwencji) wskutek czego ustrój już żadnych wrażeń nie odbierał, podrażnieniu nie ulegał. Przy zastosowaniu tych prądów obserwował Tesla rozgrzanie tkanek — uciążliwy objaw poboczny. Dopiero Zeinek zastosował odkrycie Tesli w 1904 r. do celów leczniczych mianowicie przy rzerzączce stawu nadgarstkowego otrzymał dodatnie rezultaty. Od tego czasu datuje się coraz szersze kręgi zataczający rozwój diatermji w lecznictwie, początkowo termopenetracją zwanej. Jak obie nazwy wskazują działanie diatermji musiała cechować zdolność przenikania ciepła w głąb tkanek, a więc po przez skórę, mięśnie, nerwy i kości, co też eksperyment fizjologiczny w zupełności potwierdził. Odpowiednio silny prąd zastosowany na tkankę zwierzęcą żywą czy też martwą wywoływał jej rozgrzanie, a następnie koagulację białka. Doświadczenia te przeprowadzone aparatami w diatermji, dającemi dowolnie regulować siłę prądu przy pomocy odpowiedniego systemu oporów pozwoliły ją zastosować w terapji.

Tu spotykamy się z leczeniem za pomocą diatermji tych wszystkich schorzeń, gdzie dotychczas stosowano ciepło przy pomocy suchych lub wilgotnych okładów, termoforów, budek lub kabin ogrzewanych suchem gorącem powietrzem. W pierwszym rzędzie zaczęto leczyć wszystkie schorzenia artretyczne stawów, chroniczne stany zapalne, neuralgję, myalgję, dolegliwości po urazach. — Nie pominęto w stosowaniu diatermji serca,

płuc, wątroby ani nerek, a w ostatnich czasach diatermja zastosowana w chirurgji dała operatorowi nowy instrument do ręki.

Za dużo czasu zajęłoby mi opisywanie aparatu do diatermji, wobec czego poprzestałem na opisie sposobu jej zastosowania. Z aparatu wytwarzającego prądy o wysokiej frekwencji za pomocą iskierników, stosowanych w radiotelegrafie, wychodzą dwa przewodniki elektryczne służące do połączenia aparatu z elektrodami stanjolowemi nalepionemi przy pomocy wody z mydłem na skórze w okolicy narządu, który ma być przegrzany. Wielkość elektrod stanjolowych jest stosowana do wielkości organu czy też miejsca, które przegrzewano. Elektroda mniejsza o powierzchni mniejszej jest czynną, to znaczy tkanki, do których przylega elektroda mniejsza, ulegają silniejszemu rozgrzaniu. Sposoby przymocowywania elektrod i kontaktów są nader proste i dadzą się wszystkie zastąpić bandażami. Przyleganie elektrod do skóry musi być nader ścisłe, gdyż wszelkie odstawanie stanjolu powoduje przeskakiwanie iskier, co połączone jest z dotkliwem kłuciem. Wogóle chory nie odbiera żadnych innych wrażeń po za łagodnem ciepłem. Parzenie lub ból miejsca przegrzewanego dowodzą, że dawka jest za duża i trzeba ją natychmiast zmniejszyć.

Z szerszem zastosowaniem diatermji w leczeniu cierpień szczęk i jamy ustnej w dostępnej mi literaturze nie spotkałem się.

Nagelschmidt w obszernem dziele swem p. t. *Lehrbuch der Diathermie* zaledwie w kilku słowach wspomina o dodatnich skutkach leczenia diatermją neuralgij zębowych i zapaleń okostnej. Szerzej zajmuje się Nagelschmidt sprawą neuralgji nerwu trójdzielnego, tu jednak działanie diatermji nie dało, jego zdaniem, oczekiwanego rezultatu. Wynikało to z anatomicznego położenia miejsca schorzenia koło lub nawet przed zwojem Gassera, który ze względu na sąsiedztwo mózgu do leczenia diatermją się nie nadawał.

Diatermję stosowałem w kilkunastu przypadkach cierpień jamy ustnej, z których kilka pozwolę sobie przytoczyć.

Wiemy wszyscy z praktyki, że jednem z najniewdzięczniejszych uporczywych cierpień, z jakiem się stomatolog spotyka, są bóle tak pochodzenia nieznanego, jak też urazowego, a więc po wszystkich zabiegach wykonywanych na zębodole lub jego okolicy, a przedewszystkiem po wyjęciu zębów.

O ile przy bólach pochodzenia urazowego obwiniany zazwyczaj jest lekarz o nieumiejętną lub nieczystą robotę, niewłaściwie wykonane wstrzyknięcie lub temu podobne przewinienia, o tyle bóle zjawiające się samoistnie prowadzą do obwinienia już to ucha, jam nosowych lub też, co najczęściej, do szukania przyczyny w zębach. Cierpienia te, nawet właściwie rozpoznane, mają częstokroć charakter bardzo uporczywy i gdy środki wewnętrzne, elektryczność i okłady suche gorące nie przynoszą rezultatu, uważałbym za wskazane zastosowanie diatermii.

W kilku wypadkach, w których stosowałem wyżej wymieniony zabieg otrzymałem wynik wybitnie dodatni. 1. Przykładem dodatniego wpływu diatermji na bóle neuralgiczne, jest przebieg leczenia chorej Ch., która poddała się była resekcji zębodołu bezzębnej szczęki górnej, oraz prawie równocześnie dwukrotnej operacji nosa z powodu przerostu błony śluzowej bezskutecznie.

Pacjentka uskarżała się na bóle promieniejące, rwące tak w szczęce górnej, jak w dolnej, zwłaszcza po lewej stronie. Przedsiębrane zabiegi żadnego skutku nie miały. Bóle utrzymywały się w dalszym ciągu. Wobec tego zdecydowałem się zastosować diatermję, przyczem użyłem obu elektrod czynnych, zajmujących oba policzki prawie w całości.

Już po pierwszych zabiegach pacjentka odczuła znaczną ulgę, w całości zaś wystarczyło ośm posiedzeń, by usunąć prawie zupełnie dotkliwe bóle. Jakkolwiek później bóle pojawiały się, jeszcze nie miały charakteru tak dotkliwego, ani uporczywego.

2. U chorej L. R., lat 25, usunął lekarz-dent. ząb |6 w całości co też badanie kliniczne potwierdziło. Od tego czasu t. j. od 10-ciu dni pacjentka odczuwa rwące bóle w okolicy usuniętego zęba, mające charakter rwący i promieniujący ku skroni. Wyłyżeczkowanie w znieczuleniu mandibularnem zębodołu oczekiwanego rezultatu nie przyniosło. Wobec tego, wykluczywszy wszelką możliwość ostrej sprawy zapalnej, zastosowałem diatermję.

30/X. I seans; elektroda czynna 4 × 5 *cm* na policzku lewym w okolicy 6 zęba, elektroda bierna po przeciwnej stronie siła prądu 700 *M A.*

31/X. Pacjentka stwierdza znaczne uspokojenie bólu przez parę godzin po zabiegu — następnie bóle wróciły, jednak znacznie słabsze;

od 1—6. XI. stosowano djatermję codziennie. Bóle ustąpiły zupełnie, 6/XI. zabiegi przerwano;

11/XI. z zębodołu wydzielił się kawałek martwiaka z przegrody międzykorzeniowej.

Uporczywy charakter bólu po ekstrakcji mógł być wywołany podrażnieniem nerwu żuchwowego sprawą zapalną, następnie urazem w bliskiem sąsiedztwie (ekstrakcją) lub też tworzeniem się martwiaka. Przeciwko drugiej możliwości przemawiałoby szybkie i stałe działanie uśmierzające diatermji. — Przypadek ten należałoby zaliczyć do nerwic nerwu żuchwowego.

3. Obrzęk twarzy utrzymujący się dłuższy czas czy to po przebytej sprawie zapalnej, okostnej, czy też po wykonaniu zabiegu, przedstawia dla diatermji wdzięczne pole.

Przykład. Pacjent N. został przysłany celem leczenia diatermją z powodu utrzymującego się od trzech tygodni obrzęku po ekstrakcji |7 naciek utrzymywał się stale niezmieniony, na kości szczękowej wyczuwało się twardy guz deformujący również powłoki zewnętrzne twarzy. Jakkolwiek stan zębodołu i przedsionka wykluczał istnienie sprawy zapalnej ostrej, w każdym wypadku zastosowanie diatermji dało nadzwyczaj prędko dodatni rezultat, gdyż już pierwszy seans wywołał tak znaczną resorbcję nacieku, że zaledwo dawał się wyczuć w okolicy ekstrahowanego zęba |7. Tu działanie diatermji było identyczne jak we wszystkich sprawach wysiękowych chronicznych.

4. Ciekawy skutek miała diatermja zastosow. w przypadku ropocieku zębodołowego leczonego metodą chemiczno-mechaniczną. U pacjenta W. po dłuższem leczeniu, doszczętnem usunięciu osadu nazębnego w przeciągu kilkunastu posiedzeń, a jednocześnie leczeniu kwasem mlecznym, ropociek znikł, jednakże pozostało rozpulchnienie dziąseł, oraz wydatne rozluźnienie *ligamentum circulare,* co wywoływało tworzenie się kie-

szonek okołozębowych. Wówczas zastosowałem diatermję i po sześciu seansach mogłem obserwować wybitną zmianę dziąseł ku lepszemu. *Ligamentum circulare* ściśle przylegało do zębów. Rozpulchnienie i zaczerwienienie dziąseł ustąpiło, natomiast przy jednym z górnych trzonowców pokazała się odrobina ropy, jakkolwiek poprzednio ropa się nie pokazywała. Wobec czego diatermję przerwano i zastosowano z powrotem leczenie pierwotne. W rezultacie ropociek zupełnie ustąpił. Na przykładzie powyższym widzimy, że ciepło diatermji zastosowane przy ropocieku wpływa wybitnie dodatnio na schorzałe dziąsła. W żadnym zaś wypadku nie może pacjentowi przynieść szkody, gdyż nawet jeżeli po nagrzaniu diatermją pojawi się ropa około zębów, koło których poprzednio nie była już widziana, jest to oznaką, że poprzednie leczenie nie było wystarczające i należy je dalej kontynuować.

Poza przytoczonymi przykładami wymienię jeszcze tylko dolegliwości stawu żuchwowego, oraz szczękościsk chroniczny, obie sprawy dające się pomyślnie leczyć diatermją.

Wyciągając wnioski z przytoczonych przykładów mogę zalecić stosowanie diatermji we wszystkich wypadkach bólu szczęk czy też wyrostków zębodołowych, tak pochodzenia nerwowego, jak też urazowego; schorzenia stawu żuchwowego podlegają tym samym prawidłom co i innych stawów. Z pewną ostrożnością radziłbym stosować diatermję przy leczeniu ropocieku zębodołowego. Przy newralgjach nerwu trójdzielnego również nie należy zapominać o diatermji, między innemi środkami leczniczemi, gdyż nieraz dać może ona dobre wyniki.

Przeciwwskazania stosowania diatermji dadzą się po krótce streścić w trzech punktach: 1. nie należy stosować diatermji przy stwierdzonej skazie krwotocznej; 2. przy wszelkich formach gruźlicy; 3. przy ostrych zapaleniach ropnych.

Ruch naukowy.

51.6.

Osuszenie pola operacyjnego — ślinochronem. Sekcja naukowa „patodoncji" Towarzystwa Dentystycznego I. Okręgu Stanu N. Y., będąca Instytucją, poświęconą podniesieniu wiedzy denstystycznej a skupiająca swą dzialność głównie w kierunku wyjaśnienia zagadnienia zębów bezmiazgowych, powzięła następującą rezolucję:

Zważywszy, że istnieją liczne sposoby leczenia zębów bezmiazgowych wyznawane przez wybitnych pracowników na niwie leczenia dentystycznego;

zważywszy, że mimo różnicy sposobów leczniczych panuje między nimi zgodność w poglądzie na konieczność zachowania aseptyki chirurgicznej przy wykonywaniu zabiegów połączonych z leczeniem zębów;

zważywszy, że użycie ślinochornu jest ogólnie uznane jako najlepszy sposób odosobnienia pola operacyjnego i zachowania nienagannej aseptyki podczas zabiegów operatywnych i leczniczych, uchwala Sekcja Naukowa Patodontyczna Towarzystwa Dentystycznego I. Okręgu Stanu N. Y., zebrana w Akademji Lekarskiej w Nowym Jorku dnia 16. kwietnia 1923, że dopóki nie zostanie wynaleziony sposób inny równie dobry lub lepszy do osuszenia pola operacyjnego i podany do użytku wszystkich dentystów, nieużycie koferdamu jako środka ochronnego w czasie zabiegów operatywnych lub leczniczych na zębach bezmiazgowych pozostanie w sprzeczności z dbałością o dobro chorego.

Rezolucję tę uchwala się przesłać w odpisie redakcjom najważniejszych pism dentystycznych w Stanach Zjednoczonych.

(*Dent. Cosm. — 1923. Nr. 7, p. 747*). *A.*

ZAGADNIENIA EKONOMICZNE.

CENNIK OPŁAT, OBOWIĄZUJĄCY DLA LEKARZY-DENTYSTÓW NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA POZNAŃSKIEGO. s.з.

Nareszcie doczekaliśmy się na obszarze Województwa Poznańskiego racjonalnej taryfy, albo jak odnośne rozporządzenie wojewody poznańskiego z dnia 8. sierpnia 1923 r. słusznie mówi — cennika opłat dla lekarzy-dentystów.

Cennik ten różni się w dwóch punktach zasadniczo od dotychczasowych. Nasamprzód wprowadza do oceny zabiegów naszych obliczenie według punktów jako podstawę nieruchomą, oraz mnożnik ruchomy. Aż do odwołania mnożnik ten oznaczony jest na 20 tysięcy Mkp.

Wprawdzie Województwo odbiega tu od życzenia lekarzy-dentystów, którzy prosili o oznaczenie opłat w złotych polskich. Motywem atoli było to, że złoty polski „oficjalnie“ nie został jeszcze wprowadzony.

Punkt drugi, w którym nowy cennik odchodzi od dawniejszych, to ten, że wprowadza ściślejsze rozróżnienie zabiegów, odpowiadające nowoczesnemu rozwojowi nauki i praktyki naszej. Że pierwowzorem tutaj jest cennik niemiecki, to tylko podaję dla stwierdzenia faktu. Punkt ten załatwia dawny postulat tut. kół lekarskich dentystycznych.

Starania nasze i czujność teraz winne już być skierowane tylko na mnożniki, który w tej chwili odpowiada wprawdzie tylko 50% złotego polskiego, a zaledwie i to całkiem 2/5 wartości złotej marki, ale n. p. w stosunkach z kasami chorych stanowi duży krok naprzód.

To też za ten akt prawny lekarze-dentyści tutejsi niewątpliwie wdzięczni będą Województwu Poznańskiemu i jego Wydziałowi Zdrowia.

Idzi Świtała, Bydgoszcz.

Rozporządzenie.

Przy równoczesnem zniesieniu rozporządzenia mego z dnia 2. marca 1923 L. dz. 585/23 VII. B. Dz. U. Nr. 10 poz. 171 i na podstawie art. 21 ustawy z dnia 2., 12., 21. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, Dz. ust. Nr. 105 poz. 762, ustanawiam:

Cennik opłat obowiązujący dla lekarzy-dentystów na obszarze Województwa Poznańskiego.

I. PRZEPISY OGÓLNE.

§. 1. Lekarzom-dentystom należy się za czynności zawodowe we wypadkach spornych w braku poprzedniej umowy opłata podług niżej podanych postanowień.

§. 2. Stawki najniższe dotyczą chorych prywatnych, związków ubogich, Towarzystw dobroczynnych i opłat ze Skarbu Państwa. Dla Kasy chorych miarodajne są stawki najniższe w braku osobnej umowy.

§. 3. Wysokość należytości w granicach wyznaczonych, określa się według okoliczności danego wypadku, szczególnie według właściwości zabiegu, stanu majątkowego płacącego, stosunków miejscowych i t. d. Za czynności nie objęte taryfą liczy się opłaty wyznaczone za czynności podobne.

Cennik ujęty jest w system punktowy. Punkt ustala się obecnie aż do odwołania na 20.000 Mkp.

§. 4. Taryfa obowiązuje od dnia 1. sierpnia b. r.:

1. Konsultacja włącznie zbadanie jamy ustnej i ewentualnie piśmiennej ordynacji:

a) w mieszkaniu lekarza obecnie . . . . 1— 20
„ „ nocą . . . . 2— 40
b) w mieszkaniu pacjenta obecnie . . . . 2— 40
„ „ nocą . . . . 4— 60

2. Opłaty według nr. 1 pobierać nie wolno, jeżeli na sesji, na której odbyła się konsultacja i badanie wykonuje się zabiegi, za które poniżej są wyznaczone opłaty.

3. Leczenie w domu pacjenta oblicza się za stracony czas włącznie drogi, za każde pół godziny:

a) we dnie . . . . $1^1/_2$— 3
b) w nocy . . . . 3— 6

4. Niestawienie się pacjenta na wyznaczoną sesję oblicza się jako stracony czas za każde pół godziny:

a) we dnie . . . . 1— 3
b) w nocy . . . . 3— 6

5. Badanie zęba prądem elektrycznym . . . . 1— 10

6. Zdjęcie rentgenowskie:

a) filmowe . . . . 4— 40
b) kliszowe . . . . 5— 50
c) prześwietlenie szczęk . . . . 4— 40

7. Narkoza, bez lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej pomocy i potrzebnych środków narkotycznych . . . . 5— 50

8. Znieczulenie miejscowe . . . . 2— 20

9. Znieczulenie przewodowe . . . . 3— 30

10. Wyczyszczenie zębów, zdjęcie kamienia nazębnego, każde posiedzenie . . . . 2— 20

11. Ekstrakcje zęba lub korzenia:

a) ekstrakcja korzenia lub zęba o jednem korzeniu . $1^1/_2$— 15
b) „ zęba o kilku korzeniach lub jego korzeni 2— 20

12. Wydłutowanie złamanego lub nienorm. ułożonego zęba 3— 30

13. Wyrównanie brzegów kostnych po ekstrakcjach . . 1— 10

14. Przecięcie ropnia lub tym podobne nieskomplikowane krwawe operacje w ustach . . . . $1^1/_2$— 15

15. Większe krwawe operacje w ustach, jak wyjęcie wierzchołka korzenia, operacja torbiela, wycięcie nowotworów, re- i implantacje . . . . 10—100

16. Opatrzenie rany po zabiegach krwawych (wypłukiwania, tamponada i t. d.), za każdą sesję po operacji . . . 1— 10
17. Zatamowanie nadmiernego krwawienia . . . . . 3— 30
18. Pendzlowanie, wyżeganie i masaż dziąseł . . . . 1½— 15
19. Wyżeganie prądem elektrycznem (galwanokaustyka) . 1½— 15
20. Leczenie ropotoku zębodołowego, za każde posiedzenie 1½— 15
21. Umocnienie zębów luźnych za pomocą wiązadła drucikowego lub jedwabnego . . . . 1½— 15
22. Leczenie chorób jamy ustnej, za każde posiedzenie . 1— 10
23. Opiłowanie i wygładzenie raniących, ostrych brzegów zębów lub korzenia . . . . 1— 10
24. Opatrywanie zębiny bolesnej za każdą sesję . . . 1½— 15
25. Trepanacja zęba . . . . 1½— 15
26. Ochronne nakrycie miazgi, zatrucie, amputacja lub usunięcie tejże . . . . 1½— 15
27. Wyczyszczenie i opatrunek przeciwgnilny kanaliku korzenia:
   a) zęba o jednym korzeniu . . . . 1½— 15
   b) kanalików zęba o kilku korzeniach . . . . . . 2— 20
28. Wypełnienie kanalików korzeniowych . . . . . . 1½— 15
29. Wypełnienie ubytku zębowego (plomba):
   a) materjałem prowizorycznym . . . . 1½— 15
   b) cementem lub gutaperką . . . . 2½— 30
   c) amalgamatem miedziowem . . . . 3— 30
   d) amalgamatem srebrnem lub złotem . . . . . . 5— 50
   e) masą silikatowo-porcelanową . . . . 5— 50
   f) masą porcelanową paloną . . . . 15—150
   g) złotem . . . . 25—150
   h) założenie gumy ochronnej . . . . 1— 10
30. Ponowne wcementowanie plomby wkładkowej . . . 3— 30
31. Bielenie zęba za każdą sesję . . . . 2— 20
32. Oszlifowanie zęba lub korzenia celem nasadzenia sztucznej korony . . . . 1— 10
33. Wykonanie płytki kauczukowej . . . . 5— 50
34. Poprawa tejże . . . . 4— 40
35. Za każdy ząb przy płytce . . . . 3— 50
   a) za ząb bloczkowy więcej . . . . 3— 30
   b) za ząb lutowany więcej . . . . 3— 50
36. Sssawki . . . . 2— 20
37. Haczyki i wkładki . . . . 2½— 25
38. Za sprężynki . . . . 8— 80
39. Za płytę złotą . . . . 40—400
40. Za poprawę takiej . . . . 15—200
41. Za każdy ząb do niej przymocowany:
   a) lutowany i lany . . . . 10—150
   b) w kauczuku . . . . 4— 40
42. Za każdy haczyk lutowany . . . . 8—100

43. Za ząb ćwieczkowy:
   a) z pierścieniem korzeniowym, złoty . . . . . . 20—300
   b) bez pierścienia, złoty . . . . 15—200
   c) porcelanowy . . . . $12^1/_2$—125
44. Poprawa zęba ćwieczkowego . . . . 5— 50
45. Korona złota . . . . 25—250
46. Usunięcie z korzenia załamanego zęba ćwieczkowego 4— 50
47. Za usunięcie korony złotej . . . . $2^1/_2$— 25
48. Ponowne wcementowanie zęba ćwieczkow. lub korony 4— 40
49. Mostki złote, każdy poszczególny członek . . . . 20—200
50. Umocnienie luźnych zębów za pomocą szyn lub tym tym podobnych aparatów każdy członek . . . . 50—600
51. Zabiegi ortodontyczne według umowy.
52. Gwałtowna zmiana pozycji zęba (redressement forcé) $12^1/_2$—125
53. Za obturatory z kauczuku lub metalu, dostawki twarzowe, szynowanie złamanych szczęk i t. p. ceny według umowy.
54. Przy wszelkich zabiegach połączonych z pracami technicznemi za wyjątkiem nr. 29, *a—f*, dolicza się koszta złota i innych spotrzebowanych materjałów po cenach rynkowych.
55. O ile niniejsza taryfa nie obejmuje stawek pewnych a wymienia je taryfa lekarska, natenczas obowiązują ceny tej ostatniej.

Poznań, dnia 8. sierpnia 1923 r.
L. dz. 9431/23 VII.

Wojewoda: *Bniński.*

Ustawodawstwo.

4.12; 3.0 (z.)

Koncesjonowani technicy dentystyczni w Austrji na wymarciu.

Wiedeń. Austrjackie Ministerstwo Zdrowia zarządziło rozporządzeniem z dnia 15-go maja 1923 r., w związku z wydaną przed trzema laty ustawą dentystyczną zamknięcie szkoły zawodowej dla techników dentystycznych i zakazało wszelkiego dalszego szkolenia fachowego w tym zawodzie. Zakaz ten wchodzi w życie dnia 1. października 1923 r. — Zamknięcie faktyczne szkoły nastąpiło już w lipcu z ukończeniem roku szkolnego 1922/23. Według ustawy mogą tylko ci uczniowie techniczno-dentystyczni uzyskać koncesję na samodzielne wykonywanie techniki dentystycznej, którzy zostali przyjęci jako uczniowie przed 1. października 1920. — Ponieważ 1. października 1923 wszyscy uczniowie tej kategorji ukończyli czas nauki, przeto od tego dnia począwszy niema w Austrji więcej uczniów dent.-techniczno, tylko są pomocnicy i majstrowie uprawnieni, stan techników dentystycznych został tem samem postawiony w Austrji na „etacie wymarcia“.

(*Z. Rund. 1923. Nr. 29—34).*

Wiadomości uniwersyteckie.

7.53 (z).

Heidelberg. Na wydziale lekarskim Uniwersytetu heidelberskiego habilitował się z dentystyki asystent uniwersyteckiego ambulatorjum dentystycznego dr. med. Gerhard Weissenfels pracą habilitacyjną: „Odporność jamy ustnej przeciw zakażeniu“ i odczytem habilitacyjnym: „Celowość uzębienia“.

Hamburg. Docent prywatny dentystyki w Uniwersytecie hamburskim dr. K. J. Grawinkel, kierownik oddziału uniwersyteckiego Instytutu dentystycznego otrzymał tytuł profesora.

Redaktor odpow.: Dr. A. Cieszyński. Z drukarni „Prasa“ Lwów, Sokoła 4.